



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

**EXPERIENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS  
RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**PRESENTA:**

PERLA ADRIANA CIGARROA VÁZQUEZ

**TUTORA:**

DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Contenido**

INTRODUCCIÓN .....	1
1. SÍNDROME DE BURNOUT .....	6
2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS .....	11
3. ASPECTOS POLÉMICOS EN LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT .....	17
4. MÉDICOS, POBLACIÓN VULNERABLE ANTE EL BURNOUT .....	23
5. FORMACIÓN DEL MÉDICO .....	29
6. BIENESTAR EN LOS MÉDICOS .....	36
7. MARCO TEÓRICO .....	43
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	49
9. MÉTODO .....	52
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	75
11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	106
REFLEXIONES FINALES .....	119
REFERENCIAS .....	120
ANEXOS .....	131



## Agradecimientos

*Madre tierra, gracias* por permitirme sobrevivir a dos movimientos intensos en el mes de Septiembre.

Mi profundo agradecimiento al pueblo de México por el financiamiento recibido a través del programa de becas UNAM- CONACYT.

A cada una de las y los residentes que me cedieron generosamente algo de lo que más valoran: su tiempo.

A cada una de mis maestras, tutora y revisoras de tesis: Ingrid, Carmen, Elia Nora, Luciana y Shoshana, por su guía y ánimo. Las aprecio, respeto y admiro como mujeres y como investigadoras.

A mi familia: Lau, Fede, Lupy y Lico por su amor y apoyo incondicional de siempre. Especialmente a mi madre, doña Lau, por las últimas semanas en las que la hice trabajar horas extras para brindarme alimento espiritual.

A mis amigas por acompañarme de diversas maneras durante este viaje impregnado de sudor, lágrimas, gritos, carcajadas y dolores óseos: Andy, Ari, Cyn, Denix, Gaba, Itan, Karla, Miryam, Nad, Pame, Piedrita, Pucci.

## RESUMEN

Este estudio se llevó a cabo a través de una aproximación cualitativa centrada en la experiencia del médico residente. Los objetivos fueron comprender y analizar la experiencia en la que se desarrolla el Síndrome de burnout, en el contexto de la vida cotidiana, sus consecuencias a nivel personal y colectivo, las acciones para mitigarlo, así como las necesidades percibidas para prevenirlo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con residentes de diversas especialidades de hospitales públicos de la Ciudad de México. El marco teórico de referencia fue la sociología fenomenológica.

El análisis de los resultados mostró que los aspectos que contribuyen en la aparición del burnout fueron: las jornadas laborales extenuantes bajo el formato de las guardias, ambigüedad y diversidad de las funciones a desempeñar, el trato jerárquico representado por prácticas punitivas, y el tiempo insuficiente para satisfacer necesidades básicas como el descanso, alimentación y socialización.

Dentro de las estrategias para mitigar y prevenir el burnout, se mencionó el hecho de tomar vacaciones, socialización con familiares y amigos, realizar actividades ajenas al ámbito médico, sobre todo aquellas que implican descarga corporal como el ejercicio. Se resaltó la necesidad de cambiar el modelo jerárquico imperante relacionado con las prácticas del currículum oculto; así como la necesidad de reconocimiento y tutoría por parte de los médicos de mayor experiencia. Otra necesidad percibida que refleja particularmente el contexto local, fue el tener acceso a espacios intrahospitalarios adecuados para descansar y la urgente reducción de las jornadas laborales.

## INTRODUCCIÓN

Tanto el sistema de salud pública en México, como en los países de América Latina, se encuentran inmersos en una creciente demanda de atención de calidad, pero al mismo tiempo, se hayan asediados por la inestabilidad económica y por las constantes reformas políticas. La coyuntura de estas circunstancias necesariamente repercute de manera negativa en el monto de los presupuestos asignados al sector salud en general, y en particular a los que corresponden a la atención clínica de padecimientos mentales (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio & Galván, 2013). Lo cual se ve reflejado en estudios epidemiológicos sobre la carga de la enfermedad (Kessler et al., 2009;).

La sobrecarga de trabajo, la saturación en la capacidad de los servicios de salud y la problemática organizacional, entre otros factores, radicalizan y hasta exacerban las exigencias hacia los profesionales de salud. Esta circunstancia en los hospitales eleva considerablemente los niveles de estrés laboral<sup>1</sup>, y establece un escenario de factor de riesgo en la salud mental, de acuerdo al reporte de la felicidad (Helliwell, Layard & Sachs, 2013).

Las consideraciones expuestas en el anterior párrafo conducen a una mayor predisposición para desarrollar el llamado síndrome de burnout, el cual se ha definido como un proceso de respuesta al estrés crónico en el ambiente de trabajo, y que específicamente se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción laboral (Figuereido, Gil-Monte, Grau, 2009; Gil-Monte, 2001; Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2009).

El Síndrome de burnout, se presenta en distintos profesionales cuyos oficios implican servicios o trato directo con otras personas, como son maestros, abogados, bomberos,

---

<sup>1</sup>El estrés laboral se define como la reacción del individuo frente a las exigencias y presiones laborales que difieren de sus capacidades y conocimientos, y que serán percibidas como algo que le sobrepasa y que excede su capacidad de control (Stavroula, 2004).

deportistas, psicólogos, policías, trabajadores operativo-administrativos, trabajadores penitenciarios y prestadores de servicios de salud (Aloe, Amo & Shanahan, 2014; Gil-Monte, 2010; Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014; Sánchez-Nieto, 2012).

Los profesionales de la salud se encuentran en condiciones de gran vulnerabilidad frente al burnout, ya que desempeñan sus funciones en ámbitos laborales en donde existe exposición a situaciones altamente demandantes, relacionadas con largas jornadas. Por otra parte experimentan una constante confrontación con el dolor y la muerte; aunado a la exigencia emocional que tales circunstancias implican. Debido a ello, los profesionales de enfermería y de las diversas áreas de especialidad médica, en comparación con otras profesiones, son quienes se ven más afectados por este padecimiento (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015; Consiglio, 2014; Doolittle, 2013; Wu, Zhu, Li, Lin, Chai & Wang, 2012).

El burnout a su vez tiene un gran impacto en la estructura de los servicios de salud ya que repercute en la calidad del desempeño laboral, la seguridad y satisfacción del paciente (Rajan & Bellare, 2011; Informe sobre el sistema de salud mental en México, IEMS Organización Mundial de la Salud, 2011). Asimismo se afecta substancialmente el nivel de bienestar del profesional, comprometiendo sobre todo su estado de salud mental (Cebria, Palma, Sobrequés, Ger, Ferner, & Segura, 2008; Ruotsalainen, Serra & Verbeek, 2008; Haggerty, Fields, Selby-Nelson, Foley, Shrader, 2013; Wallace, Lemaire, Ghali, 20094). Tales efectos, a gran escala, se traducen en el deterioro de la productividad, hecho que representa una carga económica para los servicios de salud (Dewa, Loong, Bonato, Xuan, Jacobs, 2014; Doolittle, 2013).

Además es preciso señalar que la problemática del Síndrome de burnout es multifactorial. Sus efectos pueden trascender el espacio hospitalario, llegando incluso al ámbito jurídico. Por este hecho es importante prevenir y resolver algunas de las controvertidas consecuencias relacionadas con este padecimiento, a través de reformas



normativas en materia de salud, para reducir la jornada de guardias<sup>2</sup> realizadas por médicos residentes e internos de pregrado, debido a los efectos negativos que ello genera en la salud de los médicos y en su desempeño clínico, cuya revisión está a cargo de la comisión de Salud (Tamez, Punto de acuerdo para mejorar las condiciones de médicos residentes e internos de pregrado, 2016).

De tal manera que en este contexto descrito, la salud mental de los médicos residente se ve afectada, por lo que son una población en gran riesgo de padecer el Síndrome de burnout, entre otros padecimientos como la depresión, ansiedad, adicciones, ideación suicida e incluso suicidio (Daskivich, et al., 2015; Doolittle, 2013; Martínez-Lanz, Medina-Mora, Rivera, 2005; McClafferty, & Brown, 2014; Shanafelt, et al., 2012; Wachholtz, Rogoff, 2013).

Actualmente se han implementado estrategias para lograr condiciones saludables durante el entrenamiento de los médicos residentes, sobre todo con respecto a la reducción de las horas de trabajo hospitalario, como es el caso de Estados Unidos y Canadá, con la finalidad de disminuir la incidencia de los errores médicos y fortalecer la garantía de seguridad en los pacientes; así como atender el bienestar de los médicos. No obstante, este asunto no deja de representar un tema de debate y controversia (Blum, Shea, Czeisler., Landrigan & Leape, 2011; Levine, Adusumili, Landrigan, 2010; Zis, Anagnostopoulos, & Sykioti, 2014).

En nuestro país con el apogeo de las redes sociales, ya no resulta ajena a la opinión pública la difusión de iniciativas a través de Change.org, con respecto a la reducción de las extensas guardias (Riestra, propuesta para la reducción de jornada en médicos e internos en Change.org, 2015,), impulsadas por casos específicos como el de la difusión de fotos de una

---

<sup>2</sup> La guardia se puede definir como “el servicio médico especial, fuera del horario laboral, con la función de vigilar y, en su caso atender aquellas situaciones de los pacientes ingresado que requieran una actuación médica inaplazable” (Montero, Hernández, García y Ramos, 2009).

médica en formación, quien aparecía dormida durante una guardia en el Hospital General de zona 33 del IMSS, en Monterrey. Este suceso, desató una gran polémica al confrontar la opinión de derecho-habientes con la opinión y movilización social de médicos internos, residentes y adscritos de diversas instituciones públicas en México y algunos países latinoamericanos. Este hecho reveló una realidad solo conocida hasta entonces al interior de los hospitales públicos, de un aspecto que resulta distante a la mirada de los usuarios (o pacientes), y al mismo tiempo exhibe las condiciones en las que se lleva a cabo el entrenamiento médico en el contexto clínico hospitalario (Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED], Diario Oficial de la Federación 1996; Ley Federal del Trabajo, capítulo XVI, 2012).

Bajo este contexto general, me parece oportuno mencionar que el interés por realizar este trabajo de investigación se derivó, en primera instancia, de la observación y experiencia durante mi propia formación en medicina. Hecho que determinó un interés y creciente preocupación por acercarme con mayor profundidad al núcleo del fenómeno denominado burnout, que experimentan los médicos. A su vez tomando en cuenta las intersecciones de las características específicas en el ejercicio mismo de la profesión, tales como la construcción identitaria a partir de la formación y el ejercicio clínico en sí mismo dentro del contexto hospitalario, ya que son los que confieren al quehacer médico, características laborales peculiares. De tal manera que para la comprensión del fenómeno, fue necesario integrar el conjunto de aspectos que constituyen la complejidad de la vida cotidiana a través de la experiencia del sujeto.

Esto explica la pertinencia de abordar esta problemática desde la mirada del médico residente, pues es desde su experiencia cotidiana en donde fueron más claras las intersecciones del quehacer médico en México, y la manera en que estas contribuyeron o no en la aparición del Síndrome de burnout.

Esta aproximación desde la voz del residente, me permitió profundizar en el proceso de aparición del fenómeno del burnout en sus tres dimensiones, como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la insatisfacción profesional (Kaschka et al, 2011; Maslach,Schaufeli, Leiter, 2001).

La información (datos) fue construida como proceso dialógico. Se llevó a cabo bajo una aproximación fenomenológica. Para lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas siguiendo una guía de entrevista construida ex profeso, de acuerdo con la óptica teórica de la sociología fenomenológica de Schutz.

En este documento se delinea un panorama general del fenómeno del burnout, para lo cual se realizó un recorrido histórico del constructo y sus antecedentes empíricos más relevantes. Asimismo se describen algunos de los aspectos que se encuentran en controversia con respecto a la definición, criterios diagnósticos y medición.

Todas estas consideraciones permitieron delimitar el contexto bajo el que se abordó el fenómeno. Para así mismo trazar bajo una mirada social de la vida cotidiana, las implicaciones en el fenómeno del burnout desde la voz de médicos residentes en México.

# 1. SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de burnout es un constructo social que lingüísticamente se deriva del idioma inglés. Puede ser traducido al español como fatiga laboral, (Marrau, 2004), desgaste profesional (Matía, Cordero, Mediavilla, Pereda, González Castro, & González, 2012), estar exhausto o estar quemado por el trabajo (Gil-Monte & Peiró, 1999). Aunque en la actualidad, no existe consenso sobre su traducción definitiva, por lo que en muchos casos se utiliza la palabra en el idioma de origen<sup>3</sup> (Juárez, Idrovo, Camacho, Placencia, 2014).

Dentro de su contexto social, el concepto de burnout, surge en el marco del consumismo y explosión del capitalismo con sus respectivas exigencias de productividad (Marofuse, 2005), con lo que la actividad laboral se transforma en fuente de insatisfacción y conflicto en vez de un espacio generador de bienestar (Ramírez, Graham, Richards, Cull, & Gregory, 1996; Rojas, Zapata & Grisales, 2009). A continuación se describirá el panorama histórico del surgimiento del concepto de burnout y su evolución como línea de investigación a lo largo del tiempo.

## 1.1 Rastreo Histórico

El fenómeno del Síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1950 por Schwartz y Will bajo la perspectiva psicoanalítica del análisis de caso de Miss Jones, enfermera psiquiátrica. Los autores concluyeron que la enfermera Jones, trataba a los pacientes como ella sentía ser tratada por la Institución psiquiátrica en la que laboraba, es decir, de manera distante y fría, lo cual ocasionaba agravación en la sintomatología de los pacientes con Esquizofrenia con los que tenía contacto (Doolittle, 2013).

---

<sup>3</sup> Actualmente existen 19 maneras diferentes para referirse al Síndrome de burnout (Juárez A, et al., 2014).

Se ha considerado también dentro de la historia en la construcción del concepto de burnout, a la novela de Graham Green escrita en 1960, *The Burn Out Case*. En la cual el personaje principal, Querry, era un arquitecto londinense agobiado por el excesivo estrés ocasionado por su trabajo. Querry decidió viajar a África, en donde conoció a personas en un leproso que representaron el reflejo de su búsqueda de sentido por la vida (Doolittle, 2013; Maslach, 2003).

En 1969, Bradley retoma el término para definir el concepto al que llamó *staff Burnout*, y sus implicaciones en la salud mental del personal que laboraba en un programa comunitario con adolescentes que incurrían en delitos (Juárez, et al., 2014). Aunque inicialmente el término se ha usado para referirse al estado general que presentan las personas con adicción a drogas.

Algunos años después el psicólogo y psicoanalista Herbert Freudenberger, publicó en 1974 un artículo en el que describió los síntomas relevantes del burnout desde un enfoque biográfico. En el artículo exponía su experiencia y la de sus colegas de la clínica Saint Mark's, situada en un poblado de Nueva York. Tal descripción de su experiencia sucedió dentro del contexto del *Free Clinic Movement* que se popularizó en la década de 1960 (Smith, 1974).

El *Free Clinic Movement* surgió como una respuesta ante los costos elevados de los servicios de salud que eran inaccesibles a muchas personas. Este movimiento parte de la premisa de que la asistencia médica es un derecho, no un privilegio (Smith, 2012). En estas clínicas se brindaba servicio médico gratuito a personas en condiciones de precarización social, dentro de un marco comunitario e integral. Se calcula que aproximadamente existen ahora más de 1200 clínicas de este tipo en Estados Unidos (Friberg, 2009; Freudenberger, 1974).

En ese momento y en el marco del *Free Clinic Movement*, el burnout era asociado a prestadores de servicios de salud que experimentaban estrés laboral crónico, cuyo trabajo implicaba gran compromiso emocional y de tiempo dedicado al servicio de personas sin hogar, con padecimientos socialmente estigmatizados como el VIH o las adicciones. En el

mayor de los casos el trabajo realizado no era remunerado y se realizaba a través de voluntariado (Freudenberger, 1974).

Hasta este momento el fenómeno del burnout se había abordado a través de la experiencia subjetiva en el lugar de trabajo, y por medio de estudios de caso. Lo cual fue considerado como una debilidad metodológica desde la perspectiva de Christina Maslach, pues este abordaje no tenía cabida dentro del ámbito académico imperante. De hecho se menciona que inicialmente era considerado como un tema de “pop psychology” (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Sin embargo cabe destacar que el inicio de esa línea de investigación tuvo raíces en la metodología cualitativa, cuya aproximación aunque marginal, y a casi cuarenta años de su surgimiento, permite asumir la necesidad de recurrir a ambas metodologías para abordar este fenómeno en su complejidad.

Para la década del ochenta, Christina Maslach y sus colaboradores, habían logrado dar legitimidad al burnout como objeto de estudio en el ámbito científico, esto gracias a la producción de evidencia empírica recabada por medio de cuestionarios y encuestas bajo el paradigma positivista. En el cual la prioridad es la búsqueda explicativa y predictora del fenómeno en tanto realidad causal objetiva y representativa estadísticamente (Charmaz, 2006, Maslach, 2009; Schaufeli W, Leiter, Friberg, 2009).

De tal manera que de 1980 a 1990 se produjeron datos estadísticos que permitirían construir y teorizar sobre el fenómeno del burnout y su integración en tres dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Percepción baja de logro personal). A partir de este momento se desarrolló el instrumento por excelencia para su medición, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), que sigue siendo el instrumento más usado en el mundo, sobre todo en las investigaciones realizadas con profesionales de la salud (ver Figura 1). El MBI-HSS consta de 22 reactivos que exploran las tres dimensiones del burnout; se utiliza la escala de Likert para responder cada pregunta y existen siete opciones de respuestas, las cuales son: Nunca, algunas veces al año, una vez al mes o menos, algunas veces al mes, una vez por semana, algunas veces por semana y todos los días (Adriaenssens, De Gucht, Maes, 2015; Aloe, Amo & Shanahan, 2014; Sánchez, Mahoudi, Camonin & Novella, 2015;).

Maslach Burnout Inventory – Human services survey- Versión en español

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- 2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
- 3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
- 4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
- 5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
- 8 Siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
- 10 Siento que me he hecho más duro con la gente.
- 11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 12 Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 13 Me siento frustrado en mi trabajo.
- 14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- 15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
- 16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
- 18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
- 19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- 21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
- 22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

Figura 1. Inventario de Burnout en servicios humanos Human Services Survey-, Versión en español – MBI HSS.

De tal modo que la escala del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey MBI-HSS, que se construyó a través de los resultados empíricos nos permite observar las características del síndrome de burnout que abarcan aspectos emocionales, actitudinales y cognitivos así como las tres dimensiones en que se agrupa su sintomatología, como explicaré a continuación.



## 2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

“...semillas azules del fuego  
fuego de los fuegos  
testigos de ojos que para las locas venganzas se exhuman y se agrandan  
polen polen ...”  
**Aimé Césaire**

El Síndrome de burnout, se ha definido como una alteración psicosocial de respuesta al estrés crónico, como resultado de la discordancia entre los ideales individuales y la realidad del contexto laboral cotidiano (Juárez, et al. 2014; Maslach, 2009; Matía, et al., 2012; Rosales & Rosales-Paneque, 2013).

Tras varios años de investigación empírica, la teoría tridimensional de Cristina Maslach y Susan Jackson, surgió en 1981 para dar explicación al fenómeno del burnout. Esta teoría permitió la teorización e integración del MBI-HSS (Figura 1), que como se mencionó anteriormente es el instrumento por excelencia para la evaluación de este padecimiento. En ésta teoría se consideran aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales que explican el fenómeno del burnout.

En la figura número dos que se muestra a continuación, se ilustran las tres dimensiones que integran el Síndrome de burnout (Figura 2) y que más adelante se describirán.

Con el paso del tiempo surgieron otros modelos teóricos en congruencia con la propuesta inicial de Maslach, como el Modelo de Proceso de Leiter<sup>4</sup>. El cual explica el surgimiento del Síndrome de burnout como un proceso en el que inicialmente, el individuo atraviesa una fase de desequilibrio entre lo que le demanda el contexto laboral, y la respuesta ante tales demandas de acuerdo a sus recursos personales. Esta respuesta del individuo al

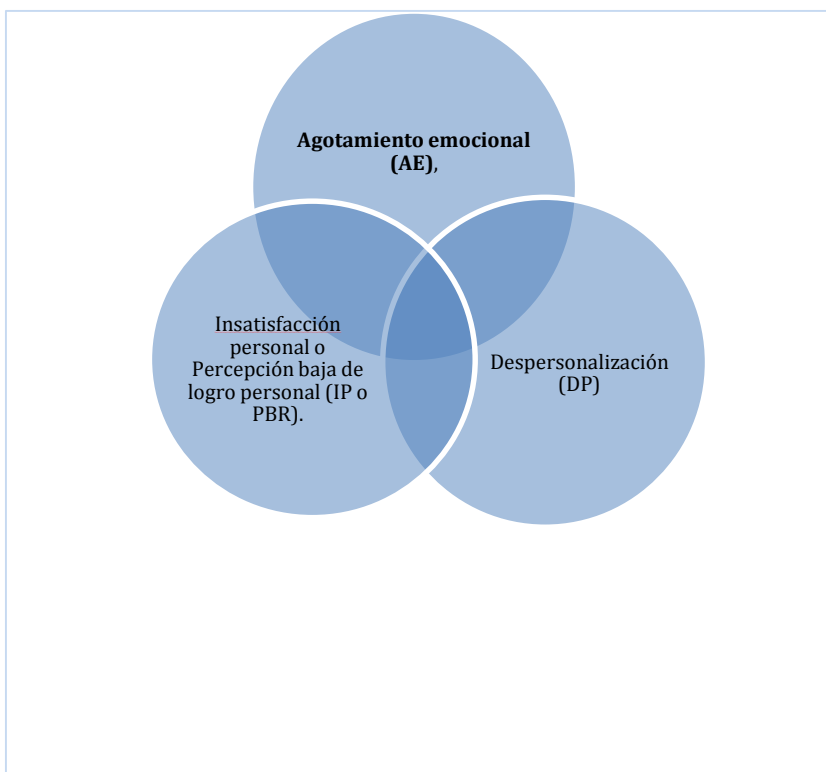


Figura 2. Modelo tridimensional del Síndrome de Burnout

medio organizacional ocasiona el agotamiento emocional, que se refiere a la depleción de recursos emocionales del individuo para enfrentar las demandas en el día a día laboral. El agotamiento emocional, al ser un estado de carácter crónico, trasciende de la esfera laboral a la personal. Herbert Freudenberger, lo ejemplificó con su

descripción anecdótica

durante un periodo vacacional, en el que debido a su extremo agotamiento, le fue imposible despertar para tomar un vuelo que tenía planeado, lo cual le ocasionó conflictos con su esposa (Friberg, 2009).

---

<sup>4</sup> Este modelo está basado en lo que se conoce como *Modelo secuencial* del mismo Leiter en colaboración con Cristina Maslach.

Posteriormente dentro del proceso del burnout, surge la experiencia de la despersonalización como un mecanismo de afrontamiento ante la demanda emocional y frente al agotamiento emocional ya instaurado. Finalmente el proceso termina con la percepción de baja realización personal como respuesta de afrontamiento fallido, pues no existe congruencia entre los recursos personales, las exigencias laborales y la manera de dar respuesta a tales demandas (Alvarado, et al., 2012; Gil & Zúñiga, 2009; Kaschka et al, 2011; Suárez, et al., 2014; Seidler, et al., 2014).

El burnout es considerado como una alteración psicosocial; sus manifestaciones sintomáticas se presentan en individuos que aparentemente son normales, por lo que no se considera una enfermedad como tal. Lo cual explica su ausencia en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10), así como en el Manual Diagnóstico y Estadístico para enfermedades Psiquiátricas en su quinta edición(DSM V) como diagnóstico articulado per se.

Por otro lado existe mayor predisposición cuando se combinan factores personales, como rasgos de personalidad y del propio ambiente laboral, sobre todo el hecho de ser prestador de servicios a otras personas.

Dentro de los rasgos de personalidad que confieren mayor vulnerabilidad se encuentran el neuroticismo, que se refiere a la tendencia de respuesta por medio de emociones negativas ante circunstancias de estrés, pérdida, miedo o frustración. Otro aspecto de personalidad es el reducido optimismo, que del mismo modo que el neuroticismo, afectan la capacidad de afrontamiento, desempeño y productividad del trabajo (Haggerty, Soler, Sánchez, López, Navarro, 2014; Hao, Hong, Xu, Zhou, Xie, 2015).

Shaufeli, Leiter y Maslach como lo refiere Juárez García (2014) coinciden en la presencia de sintomatología disfórica, y otorgan mayor importancia a los síntomas mentales y conductuales, sin olvidar que también se presentan síntomas físicos.

Pines por otro lado (citado en Rosales R, 2014) refiere que el burnout es un estado de agotamiento mental, físico y emocional dentro de contextos laborales que implican alto involucramiento en situaciones emocionales que son demandantes. Tal es el caso de los espacios hospitalarios y de servicios asistenciales, donde además de estos factores, se suman las largas jornadas de trabajo y el excesivo estrés al que se exponen estos trabajadores.

## **2.2. Dimensiones del Síndrome de burnout**

El deterioro afectivo en el burnout se expresa como agotamiento emocional (Gil & Zúñiga, 2009) en donde la disminución de energía del sujeto, se manifiesta en tres niveles relacionados entre sí, como son el cansancio físico, emocional y cognitivo (Maslach, 2009; Marrau, 2014; Rosales & Rosales-Paneque, 2014).

**El agotamiento emocional** se considera la dimensión principal y de manifestación temprana del burnout (Alvarado, et al., 2012; Gil & Zúñiga, 2009; Kaschka et al., 2011; Súñer , et al., 2014; Seidler, et al.,2014). El proceso inicia con el cansancio emocional extremo percibido, y consecuentemente existe una disminución de “la capacidad de entrega a los demás” como refieren Cumplido & Molina (2011). La depleción de recursos emocionales impide al individuo cumplir la demanda ante una nueva jornada de trabajo.

**Despersonalización.** Se refiere a las conductas o actitudes distantes y de endurecimiento afectivo al interactuar con los usuarios o compañeros de trabajo. Esto refleja que los recursos de afrontamiento han dejado de ser eficaces en términos de funcionalidad. Entonces la despersonalización se pone en marcha como un mecanismo de compensación y defensa (Gil & Zúñiga, 2009).

**Baja realización personal.** Se manifiesta como una tendencia a la autoevaluación negativa. Hecho que se traduce como un desempeño inadecuado en la atención del usuario (Marrau, 2004).

### **2.3 Manifestaciones psico-corporales**

El burnout influye de manera importante en la salud mental y física en quienes lo padecen (Alvarado, Arroyo & Castro, 2012). Entre los síntomas físicos destacan: sensación crónica de cansancio, cefaleas, dolores osteomusculares, alteraciones menstruales, síntomas gastrointestinales, insomnio y alteraciones cardiovasculares (Hernández, Fernández & Dickinson, 2008; Toker, Shirom, Shapira, Bertiner & Melamed, 2005).

Se suman también a este grupo de síntomas físicos, las consecuencias producidas por la habituación insana a la privación parcial y restricción crónica del sueño durante la formación médica. Que se ha comprobado, ocasiona detrimento en capacidades cognitivas como la atención y memoria (Ross, von Fragstein, & Cleland, 2011), así como ejecución de tareas que implican habilidades motrices, sin mencionar la cascada de efectos endocrinos que ello genera (Alvarado, et al., 2012).

Burish propone el agrupamiento de síntomas en siete grupos para describir el proceso del burnout. El primer grupo sugiere una fase temprana, en donde existe gran compromiso con los objetivos planteados y agotamiento. El segundo grupo se caracteriza por la reducción del compromiso con los pacientes, con el trabajo y en la interacción general con otras personas. El tercero integra reacciones emocionales expresadas por sentimientos de culpa, o que denotan indicios de depresión o agresividad. En el siguiente grupo, existe reducción en la capacidad cognitiva, motivacional, creativa y de juicio. Otro grupo incluye el aplanamiento en el contexto de la vida social, intelectual y emocional. Y los dos últimos grupos se conforman por la sintomatología psicósomática y la desesperanza (Kaschka, et al., 2011).

También es preciso mencionar que en la evolución de este constructo y consolidación como línea de investigación, han surgido debates relacionados con el instrumento más común

para su evaluación, la sistematización para traducir una escala que surgió en Norteamérica y los contrastes socio-culturales que ello implica; además de otra polémica con respecto a la distinción del burnout como un padecimiento diferenciado de otros tales como la depresión principalmente (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015).

### **3. ASPECTOS POLÉMICOS EN LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Es inevitable que exista debate en la generación del conocimiento científico, y la investigación relacionada con el Síndrome de burnout no es la excepción.

Existen aspectos polémicos de acuerdo a la revisión de la literatura consultada que se relacionan con tres aspectos principalmente:

**1) Los criterios para definir y determinar quién padece burnout**, así como la distinción con otros constructos como la depresión, neurastenia, insomnio, síndrome de fatiga crónica, trastorno por estrés postraumático (Bianchi, et al.,2015; Kaschka, 2011; Seidler, et al., 2014);

**2) La diversidad en los puntos de corte utilizados para evaluar** la presencia y grado de burnout aun usando el mismo instrumento (Figuereido, Gil-Monte & Grau, 2009; Gil-Monte, 2001, Juárez, et al., 2014);

**3) La traducción del MBI** a otros idiomas distintos del inglés y sus variantes dialectales (Squires, et al., 2014).

#### **3.1 ¿Cómo determinar quién padece burnout?**

Con relación a la definición clínica del burnout, Kaschka (2011) menciona que no existe una definición de aceptación internacional, desde la perspectiva del paradigma biomédico. Siguiendo a este mismo autor y los resultados del metaanálisis que realizó, la polémica gira en torno a que, este padecimiento, no figura en el catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10) ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM V. Aunque sí se incluye como categoría residual en la z.73 de la CIE 10, en donde se realiza la descripción acerca de otros trastornos relacionados con el desgaste profesional pero no como categoría central.

Para intentar dar un mayor sustento en la evaluación integral del burnout, se ha recurrido a la evaluación de biomarcadores como el cortisol (Chida & Steptoe, 2009). Pero se argumenta que los biomarcadores que se han usado para medir correlación en burnout están relacionados a la inflamación, hemostasia o aspectos neuroendócrinos que no difieren de los que se reportan en otros estados crónicos de estrés como el estrés postraumático, o la depresión (Chida & Steptoe, 2009; Kaschka, 2011; Whitehead, 2007).

Siguiendo con la controversia sobre la falta de claridad en los criterios diagnósticos, en esta misma revisión sistemática, los autores concluyeron que el Síndrome de burnout se encuentra asociado con la depresión y alexitimia<sup>5</sup>, por lo que puede existir traslape clínico, o al menos ser un factor de riesgo tanto para desarrollar depresión, síndrome de fatiga crónica y alexitimia.

A su vez, Bianchi y colaboradores (2015) en un metaanálisis en el que se revisaron 92 estudios sobre el traslape clínico entre el Burnout y la depresión, concluyen que la evidencia sobre el burnout como fenómeno singular es inconsistente pero se sustenta con datos empíricos que permiten su distinción de la depresión. Asimismo sugieren que el uso rígido de puntos de corte, permite aislar casos de burnout de tal manera que sea más sencillo diferenciarlo de otros padecimientos como la depresión, resolviendo de esa manera el traslape clínico. Aunque posteriormente Renzo Bianchi y colaboradores (2015), señalan bajo cuatro argumentos que el burnout es una forma de depresión en lugar de una patología diferenciada.

Los argumentos son que la elaboración del constructo desde un inicio fue débil debido a una mala caracterización del padecimiento; que el burnout se traslapa con la depresión pues el agotamiento emocional como dimensión central, está mayormente asociada con sintomatología depresiva, más que con las otras dos dimensiones que integran el síndrome.

---

<sup>5</sup> Definida como la incapacidad para percibir los sentimientos propios y los de los otros, o incapacidad para verbalizar el estado emocional (Alonso, 2011). Que podríamos metaforizar como una especie de analfabetismo emocional



Y por último que el hecho de ser un padecimiento relacionado con el contexto laboral, no es posible otorgar singularidad nosológica frente a la depresión (Bianchi, et al., 2015).

### **3.2 ¿Cómo se ha evaluado el burnout?**

Con respecto a la medición del burnout se menciona la necesidad por mejorar la metodología relacionada con el instrumento.

La dimensión del agotamiento emocional aparece como una característica constante cuando el burnout es evaluado, mientras que las dimensiones de despersonalización e insatisfacción laboral son heterogéneas, hecho que disminuye su significancia (Gil Monte, 2011; Kaschka, 2011; Seidler, et al., 2014; Squires, et al., 2014). En un estudio sobre la validez factorial del MBI, el ítem 13 que evalúa cinismo, se determinó como ambiguo ya que obtuvo una carga factorial baja (0.55), con lo que los resultados pueden verse afectados al evaluar el fenómeno del burnout (Gil-Monte, 2001).

La disparidad en el porcentaje de personas que padecen burnout, es otro aspecto en discusión (Kaschka, et al., 2011). En México, de acuerdo a la literatura, las prevalencias reportadas no son homogéneas (Juárez, et al., 2014).

En practicantes de medicina general y especialistas, se ha encontrado que lo padecen entre el 30-69% (Carrillo-Esper, 2012). En contraste con los resultados de un metaanálisis realizado en México, en el que se seleccionaron 64 estudios bajo criterios específicos, que sumaron una población de 13,801 empleados, de 13 profesiones distintas. Entre las que destaca con el mayor porcentaje de estudios realizados, la profesión médica.

En este metaanálisis se reportaron disparidades entre los datos de las prevalencias del burnout, debido a las diversas maneras (a veces arbitrarias) de realizar el punto de corte entre quienes presentaron burnout y el grado de severidad del mismo.

De tal manera que las prevalencias tenían un rango de variación de 1.1% hasta el 65% en el caso de la población médica, conformada por internos de pregrado, médicos residentes,

anestesiólogos, ginecoobstetras, y médicos familiares, todos de instituciones públicas (Juárez, et al., 2014).

Por otro lado, los criterios de evaluación diagnóstica sobre todo del MBI, difieren en los puntos de corte, si se usan los parámetros descritos por Maslach (Estados Unidos) o Schaufeli (Holanda). Además se ha demostrado la pobre consistencia interna para la subescala de despersonalización (Figueredo, Gil-Monte & Grau, 2009). Sin embargo no se ha profundizado sobre las posibles causas de tal hallazgo, y cabe la posibilidad de que se relacione con aspectos de deseabilidad social en la respuesta del sujeto al contestar encuestas o cuestionarios, fenómeno que ha sido abordado por la psicometría en la metodología cuantitativa (Domínguez, Aguilera, Acosta, Navarro & Ruiz, 2012).

Además del MBI en sus dos variantes<sup>6</sup>, existe una diversidad de instrumentos para evaluar el burnout como son: El Copenhague Burnout Inventory (CBI), Oldenburg Inventory (OLBI), el Shirom Melamed Burnout Inventory (SMBM), Guillespie- Numerof Burnout Inventory (GNBI), Tedium Measure (TM) (Seidler, et al., 2014) y el Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte. Sin embargo el MBI sigue siendo el más usado a nivel mundial, a pesar de las críticas y limitaciones que se le atribuyen.

### **3.3 Aspectos sobre el proceso de traducción**

Con relación a la traducción del significante burnout y las escalas que lo evalúan, sobre todo en el caso del Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el instrumento de mayor recurrencia, se han realizado adaptaciones transculturales que enfrentan distintas problemáticas de orden lingüístico.

---

<sup>6</sup> Human services survey (HSS) y General Survey (GS).

En la revisión sistemática de Squires y colaboradores (2014) se menciona que en México como en otros países, la traducción tanto del término burnout como de la escala más utilizada para su evaluación, el MBI, no han seguido un proceso de sistematización para su traducción transcultural que contemple aspectos relacionados con la complejidad semántica.

Este hecho afecta la validez y confiabilidad de los estudios realizados, pues los investigadores tienden a llevar a cabo la traducción de congruencia inglés-español y después del español al inglés (*back and forward*) únicamente, siendo este método insuficiente para generar una traducción válida.

En este estudio se ejemplifica una traducción del concepto burnout realizada por Balseiro Almario en la que el concepto se traduce al español mexicano como fatiga emocional o desgaste emocional, siendo este concepto incompleto pues comprende tan solo una de las dimensiones que integran el constructo del burnout, por lo que en las publicaciones de ésta autora, se mantiene la palabra burnout al no encontrarse una palabra equivalente al idioma en la variante del español mexicano.

Por otro lado se analizó también el estudio realizado en doce países europeos con población de profesionales de enfermería, denominado RN4CAST. En general para esta revisión se incluyeron treinta estudios que en conjunto abarcaron siete lenguas distintas entre ellas el español en sus variantes española, colombiana y argentina, a través de tres estudios en total realizados en español. Se tomaron en cuenta los criterios de Flaherty para la adaptación transcultural de escalas, los cuales son: el criterio de equivalencia de contenido, equivalencia semántica, equivalencia técnica, equivalencia de criterio y equivalencia conceptual.

Los autores concluyeron que de los treinta estudios analizados, ninguno era consistente en la sistematización del proceso de traducción, la mayoría usaban únicamente el método de traducción *back and forward* y pocos recurrieron a la revisión por panel de expertos o estudio piloto.

Los únicos tres estudios en español que se incluyeron para esta revisión cumplieron únicamente con el criterio de equivalencia de contenido y equivalencia técnica; del resto de

los estudios la equivalencia semántica fue la más difícil de lograr. Por lo que los autores señalan que es preciso que los editores e investigadores presten mayor atención en los procesos de traducción (Squires, et al., 2014).

En nuestro país el MBI también es el instrumento más usado sobre todo en estudios transversales que son los que predominan (97%) y en trabajos sobre intervenciones (6.25%) (Juárez, et al.2014). Si bien en otros países como España, Reino Unido, Estados Unidos, Australia, se llevan a cabo investigaciones desde distintas aproximaciones metodológicas y epistemológicas de tipo cualitativo, en nuestro país convendría impulsar este tipo de enfoques en el estudio del fenómeno del burnout sobre todo en profesionales de la salud. Y en ese sentido enriquecer el conocimiento y comprensión de este padecimiento desde la mirada de sus actores. De tal forma que se posibilite contribuir en la sistematización de estrategias de intervención, que permitan acciones de prevención tanto del problema como de sus consecuencias.

#### **4. MÉDICOS, POBLACIÓN VULNERABLE ANTE EL BURNOUT**

Algunos autores afirman que el burnout, se desarrolla en distintas profesiones, y se ha discutido su trascendencia en otros contextos laborales (Qiao & Shaufeli, 2011). Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia cuando existe exposición cotidiana al dolor y la muerte durante el desempeño laboral (Maicon, de los Fayos & Garces, 2010; Wu, et al., 2010).

En contraste con lo anterior, diversos autores plantean que el burnout es más frecuente entre los médicos (Consiglio, 2014; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, Braga, 2007; Sablik, Samborska-Siblik & Drozd, 2011), y que son los que trabajan en el área de urgencias, oncología, salud mental y cuidados paliativos los más vulnerables (Doolittle, 2013; Moore, 1996). Aunque según lo reportado por McClafferty y Brown (2014) este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en hemato-oncología, cuidados intensivos, y cirugía pediátrica. Otro estudio reporta que son los cirujanos generales, vasculares y del área de trauma, así como los urólogos y otorrinolaringólogos los más afectados, como se muestra en la tabla 1 (Shanafelt T, et al., 2009).

En un estudio multicéntrico realizado en 12 países europeos con médicos familiares, 43% presentaron síntomas de agotamiento emocional, 35% síntomas de despersonalización y 32% baja percepción de logro personal (Soler, et al., 2008).

Shanafelt y colaboradores (2012) señalan que el 45.8% de los médicos estadounidenses que participaron en este estudio (7288 médicos) presentaron alguna vez síntomas de burnout. Los autores concluyeron que son los médicos de urgencias, medicina interna y medicina familiar los que están en mayor riesgo. Además, las largas jornadas laborales ocasionan problemas en su vida personal de mayor intensidad si se comparan con otras profesiones. Así también, el impacto en la vida personal del médico es grave pues se relaciona con el consumo excesivo de alcohol, conflictos interpersonales e ideación suicida (Shanafelt, et al., 2012).

Incluso también se ha relacionado este padecimiento con el fenómeno del Karoshi en Japón, que se refiere a la muerte por exceso de trabajo y que sucede en un 40% entre los médicos japoneses (Chen, et al., 2013).

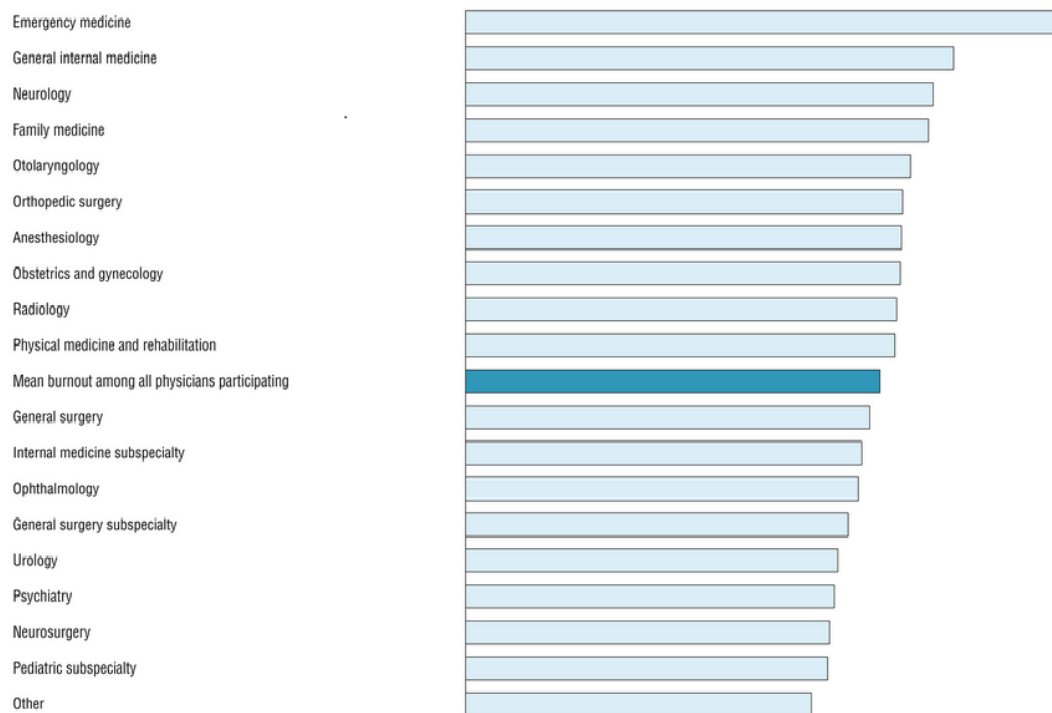


Tabla 1. Burnout por especialidad. Shanafelt T, et al., 2012.

En México Magalhaes y colaboradores (2014), en un estudio transversal realizado con anesestesiólogos (n=134) de la Ciudad de México, mencionan que esta especialidad es considerada como de alto riesgo para el desarrollo del burnout. Aunque solo el 10% de los participantes presentó burnout a pesar de realizar guardias nocturnas y tener cargas horarias prolongadas y dos empleos (52%). El burnout fue más frecuente en hombres con hijos, casados y divorciados (Palmer, Gómez, Cabrera, Prince, Searcy, 2005).

Otros aspectos considerados como estresores que influyen en la aparición del burnout entre los anesestesiólogos, fueron la presión por realizar procedimientos en poco tiempo, el desplazamiento de un hospital a otro, la confrontación con el sufrimiento y muerte del paciente, así como la expectativa de buenos resultados aún en circunstancias poco favorables.

Además de la sobrecarga de trabajo, el conflicto de valores y el ambiente laboral hostil (Palmer, et al., 2005).

Asimismo los anestesiólogos se enfrentan a estresores físicos dentro del entorno laboral al interior de los quirófanos, como son la contaminación sonora, exposición a los gases usados durante la anestesia, riesgo de infecciones, espacios inadecuados para desempeñar sus actividades, temperaturas extremas (frío o calor en exceso) y la privación crónica del sueño, ante la necesaria disponibilidad de horario las 24 horas del día durante todo el año. Por lo que los autores recomiendan realizar un monitoreo constante de la salud mental y física de estos profesionales (Magalhaes, et al, 2014).

Otro aspecto que se documenta en la literatura es que el burnout afecta a médicos de ambos sexos, aunque son las mujeres en quienes se observa una frecuencia 60% mayor que en los hombres debido a razones de género-asignación, como la doble jornada laboral que realizan las mujeres en nuestro país (Graue-Wiechers, 2007).

McClafferty y Brown (2014) en un reporte clínico hablan acerca de los efectos negativos del burnout en la salud del médico y el deterioro en la función inmune, inflamación crónica, riesgo cardiovascular y depresión; así como efectos relacionados con la calidad en la atención a los pacientes y en el sistema de salud. Es por esto que nombran al burnout como “*la antítesis del bienestar*” (McClafferty & Brown, 2014)

En este mismo reporte, se menciona que el burnout es cinco veces más alto entre los médicos que en la población general y que aumenta drásticamente durante el entrenamiento, de ahí la importancia de realizar estudios con la población de residentes médicos.

Los factores precipitantes de este padecimiento son las expectativas irreales sobre el desempeño, presión por realizar actividades en poco tiempo, exceso de horas de trabajo, trato con pacientes difíciles, enfrentar la muerte, duelo no procesado, deprivación de sueño y la falta de apoyo en el ambiente de trabajo. Aunque también se mencionan los rasgos individuales como: compasión, altruismo, perfeccionismo que los hace proclives a la autoexigencia excesiva (McClafferty & Brown, 2014).

Por otro lado la sobrecarga de responsabilidad sobre todo en especialidades médicas donde la muerte y los deficientes resultados terapéuticos generan altos niveles de estrés, se han asociado al desarrollo de ciertos rasgos de alexitimia secundaria en los médicos (Alonso, 2011), pero ésta no ha sido estudiada en relación al burnout específicamente. Sin embargo, la alexitimia ha sido asociada al abuso en el consumo de alcohol, que a su vez está relacionado con el síndrome de burnout en médicos (Alvarado, et al., 2012; Fernández, 2011; Martínez, et al., 2004; Shanafelt, et al., 2012).

El burnout en la profesión médica puede presentar comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias como señalan estudios realizados en México (Gascon, et al., 2014; Martínez, et al., 2004). Es común también que se acompañe de ideación suicida, intento suicida y la consumación del mismo. En Estados Unidos suceden entre 300 a 400 suicidios de médicos al año (McClafferty & Brown, 2014), aunque en algunos casos, la asociación del burnout con la depresión se define más bien desde un traslape clínico (Bianchi, et al., 2015; Kaschka, et al., 2011).

Por otro lado algunos factores que previenen la aparición del agotamiento emocional son el tener hijos, la satisfacción profesional, valoración económica y actitud de optimismo (Grau, et al., 2007). Aunque un estudio realizado en México con médicos y paramédicos, indica que el ser casado predispone a padecer burnout (Pereda, Márquez, Hoyos & Yáñez, 2009) pero no se profundiza en el porqué de tales resultados.

Peisah y colaboradores (2009), a través de un estudio de diseño mixto realizado en Australia, señalan que los médicos más jóvenes tienen un mayor riesgo de padecer burnout y que los doctores con más años de ejercicio profesional reportaron menores niveles de burnout. Hecho que en las entrevistas semiestructuradas que se realizaron, lo atribuyen a las lecciones aprendidas y la experiencia acumulada durante la práctica profesional. Además el trabajar en el ámbito privado, genera un cambio en las condiciones laborales, y esto a su vez disminuye la presencia de síntomas de burnout en las tres dimensiones. Los entrevistados coincidieron en la necesidad de transmitir estas lecciones aprendidas a los jóvenes médicos, de tal manera que pueda efectuarse un tipo de mentoría que sea de utilidad a estos profesionales para evitar el burnout (Peisah, Latif, Wilhelm, Williams, 2009).



Mas Garriga y colaboradores (2003) a través de un grupo de discusión integrado por médicos de atención primaria en Barcelona, cuyo tema era el impacto emocional generado por los nombrados pacientes difíciles (PD), señalan que aunque el número de PD que se atienden es reducido, la interacción con ellos es detonante para el Síndrome de burnout, pues implica desgaste emocional intenso al producir emociones como la irritabilidad, frustración y cansancio exacerbado, como señala uno de los médicos entrevistados: "...el día que vienen, te dejan hecho polvo".

Por otro lado para Sandín y Conde (2011) los pacientes que asisten de manera hiperfrecuente a los servicios de salud, representan otra manera de contribuir a la aparición del burnout. A través de entrevistas semiestructuradas que realizaron a médicos y enfermeras en centros de Atención Primaria de Madrid, indican que son los factores sociales y organizacionales lo que está detrás de la hiperfrecuencia. Dentro de los factores sociales, mencionan el fenómeno de la medicalización de la sociedad que promueven los medios de comunicación y las farmacéuticas; en donde cualquier problema se soluciona por la vía médica, aunque antes se resolviera por otros medios más cercanos al individuo y desde la interacción familiar o social. La falta de consciencia en el autocuidado de la población y el fracaso de las campañas de promoción a la salud, son aspectos que también han contribuido a la medicalización. En cuanto a los factores organizacionales, destacan la saturación del sistema de salud, lo que ocasiona deficiente calidad en el servicio (Sandín & Conde, 2011).

Otro abordaje de importancia para comprender el burnout, es la aproximación realizada por Cumplido y Molina (2011) a través de un diseño mixto en el que los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de relatos extensos. Las participantes de este estudio fueron enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en un hospital de Sevilla, quienes tienen un contacto cotidiano con el sufrimiento y la muerte, por lo que representan una población vulnerable al burnout. Cabe destacar que algunas participantes, no lograron identificar cuál era la causa principal del estrés percibido. Otras por el contrario, identificaban que la atención a la familia producía en ellas sentimientos de identificación, necesidad de dar ánimos y brindar comprensión. Como se observa en el relato de una de las enfermeras

participantes en el estudio: "... sobre todo cuando tienes que recibir a la familia y ser espectador de su dolor".

Otras enfermeras, hablan únicamente de los sentimientos de impotencia e inutilidad experimentados ante la muerte inminente de los pacientes, como lo expresa una de las enfermeras participantes en el estudio: "Ese día el niño que nos llegó tras muchas complicaciones en quirófano sabíamos ya de antemano que el desenlace sería negativo, a pesar de esto, trabajamos con el niño sin parar horas. Cuando falleció, mi compañera y yo intentado<sup>7</sup> cerrar la boca del niño y peinarlo, por si sus padres lo querían despedir en el tanatorio con un beso, y su rostro no reflejara todas las horas que trabajamos sin parar en ese cuerpito...".

Una de las conclusiones importantes a la que llegan las investigadoras, es acerca de la importancia de la adecuada reestructuración de las cogniciones, así como de la expresión de las emociones, ya que esto contribuye en disminuir la posibilidad de padecer burnout, a pesar de enfrentarse a circunstancias como las que se viven en las unidades de cuidados intensivos (Cumplido & Molina, 2011).

---

Quizá debería decir "intentando o intentamos" en vez de "intentado", pero en el artículo consultado aparece textualmente como se muestra en el presente documento.

## 5. FORMACIÓN DEL MÉDICO

### Contexto del Sistema de Salud en México

En la década de los años cuarenta surge el Sistema Nacional de Salud como lo conocemos actualmente. Este Sistema fue diseñado con la finalidad de garantizar el acceso a los servicios de salud como derecho fundamental, en el marco de protección a los trabajadores y sus familias.

La cobertura del servicio es tanto público como privado y se encuentra organizada en tres niveles de atención. Es el sector público en donde se atiende a la mayor proporción de derechohabientes, aunque cabe mencionar que actualmente se están realizando reformas en materia de la organización del sistema de salud que modificarán este panorama.

El 63.5% del servicio es realizado por la Secretaría de Salud y el IMSS principalmente. A su vez este servicio es proporcionado por 191 942 médicos en contacto con los pacientes, cifra que engloba a los médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos de pregrado (Dirección General de Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud, 2011) y son estos dos últimos sobre quienes recae la mayor carga de trabajo superando lo establecido por la ley en materia de jornada laboral (Art 4º, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Cap XVI, Ley Federal del Trabajo, 2014).

Los médicos residentes son médicos en formación de especialidades médicas, que a su vez fungen como un eje fundamental de la fuerza laboral para el Sistema Público de Salud. Se desempeñan como estudiantes y como clínicos en pleno ejercicio profesional, con los respectivos derechos y obligaciones derivadas de la relación de trabajo establecida con la *Unidad Médica Receptora de Residentes*, tal como lo señala la ley Federal del Trabajo en su capítulo XVI (Casas, et al, 2013; Ley Federal del Trabajo, 2012. Última reforma).

## **5.1 Circunstancias de los médicos residentes**

Con respecto a la condición de los médicos residentes, se encuentra documentado que debido al rol mixto que desempeñan dentro de las instituciones de salud, es decir, a la función de médico en ejercicio clínico y además en entrenamiento, tienen exigencias ambiguas, horarios irregulares y privación crónica del sueño, lo cual los hace más vulnerables a enfermar, cometer errores durante la praxis, y ser más propensos a afecciones en salud mental (Alonso, 2011; During, et al, 2013; Fahrenkopf, Sectish, Berger, 2008; Martínez, et al., 2005; Prins, et al, 2007; Schaufeli, et al., 2009; Waldman, et al., 2009).

Otro aspecto que vulnera la condición de los residentes es el hecho de que al estar en proceso formativo, pasan gran parte de su tiempo en el hospital, lo cual no permite realizar una separación entre la vida privada y la profesional, es decir que, no hay límites claros entre una y otra (Waldman, et al., 2009).

Si bien es cierto que existen condiciones similares durante la formación del médico residente para el desarrollo del burnout, en México el panorama tiene particularidades determinadas por cuestiones culturales y sociales, que le confieren diferencias en cuanto a su manifestación.

## **5.2 Fenómenos sociales –Ser médico en México**

En la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se llevó a cabo un estudio acerca del concepto de Medicina a lo largo de la formación de los estudiantes. En tal estudio, a través de la construcción de redes semánticas, los autores concluyen que existe la necesidad de generar espacios de reflexión acerca del significado de la medicina y el ser médico durante la formación académica, ya que los conceptos al respecto fueron cambiantes.

Con la construcción de espacios para reflexión, se tendría una idea más clara del quehacer médico y el ámbito de la enseñanza. Aspectos que inciden en el desempeño del

profesional médico cuando éste termina su etapa formativa (Petra, Talayero & Fouilloux, 2012). La falta de claridad sobre el significado de ser médico, incluso puede llegar a influir en la elección de las especialidades médicas, pues las expectativas y percepciones que se van moldeando al respecto durante la formación académica, son determinantes para tomar una decisión con respecto a la especialidad por elegir. Como lo señalan Vargas Huicochea y colaboradores (2012) en un estudio realizado con estudiantes de primero a sexto año de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Este estudio reveló que la elección de especialidades en esta población estaba determinada principalmente por el estilo de vida producido en función del ingreso económico, prestigio social y disponibilidad de tiempo para manejar la vida personal. Los autores retomaron la clasificación de Schwartz de especialidades con estilo de vida controlable (EVC) y no controlable (EVNC), con lo que concluyen que estos factores (prestigio, ingreso y disponibilidad de tiempo) son determinantes en la elección de una especialidad, aunado a las preconcepciones sobre las mismas (Vargas-Huicochea, Muggenburg, Palacios & Heinze, 2012; Schwartz, et al., 1990).

Consejo y Viesca, por su parte consideran que, tanto el internado de pregrado como la residencia médica contribuyen en el proceso de conformación identitaria del médico, pues en estas etapas se consolida la normatividad que regirá su desempeño profesional e incluso personal, considerando éste como parte del rol extensivo del ser médico en nuestro país.

Durante el internado y la residencia, y bajo el modelo jerárquico, los médicos en formación viven experiencias de hostigamiento, maltrato, castigos, humillaciones<sup>8</sup> que conforman el llamado *currículum oculto*. A su vez ellos mismos reproducen éste tipo de prácticas cuando ascienden en posición jerárquica. Lo que conforma un *habitus médico*

---

<sup>8</sup> En 1982 Henry Silver hablaba del tema describiendo las similitudes existentes entre el maltrato experimentado por los médicos en formación con el abuso infantil (Cook, et al., 2014).

característico, como reporta Castro en un estudio cualitativo realizado en México a través de observaciones de campo en el servicio de Obstetricia de hospitales públicos, en el que se realizaron 256 horas de observación en salas de parto, 14 grupos focales con ginecoobstetras, residentes de ginecoobstetricia, internos de pregrado y estudiantes de medicina. Con lo cual se revelan las prácticas que contribuyen a la conformación del *habitus médico autoritario*, que la figura del médico ejerce sobre la mujer en parto y la violencia que ello conlleva (Castro, 2014; Consejo & Viesca, 2008).

Se menciona que este tipo de prácticas durante la formación médica (maltrato, castigos, humillaciones en público) conforman una especie de ritos de paso necesarios para llegar a convertirse en médico bajo una lógica de entrenamiento militarizado (Davis, 2004), y que por lo tanto son naturalizados y legitimados. Este hecho no es exclusivo de nuestro país, y también ha sido asociado con el desarrollo del Síndrome de burnout (Billings, et al., 2011; Cook, et al., 2014; Davis, 2004; Waldman 2009).

Actualmente nos encontramos en una etapa de transición importante para la historia de los médicos en México, debido a las transformaciones políticas y sociales que han acontecido recientemente. Tal es el caso del movimiento *#Yo soy 17*, que a través de la influencia de las redes sociales han permitido evidenciar la realidad del médico desde otra perspectiva (Campos-Freire, 2008), ya no como un ícono supra humano sino en todo su esplendor humano como versaba el lema de dicho movimiento: *Yo soy el médico 17, no somos dioses ni criminales*.

## **#Yo soy 17.**

En el 2010 un joven de 15 años muere en un hospital público durante la epidemia de Influenza H1N1. Cuatro años después a 16 médicos se les gira orden de aprehensión bajo el delito de homicidio culposo, por el fallecimiento de este mismo joven. Miles de médicos se movilizaron socialmente ante las irregularidades durante el proceso penal para apoyarlos, con lo que se creó en las redes el lema *#Yo soy el médico 17, No somos dioses ni criminales* (Perea, 2014).

Dentro de las siete demandas exigidas por este movimiento social, destacaron el hecho de garantizar la confidencialidad en los procedimientos judiciales que implican la información acerca de médicos en proceso de averiguación previa, de manera que no exista filtración de información a los medios de comunicación, debido al manejo sensacionalista del que habían hecho uso en perjuicio de los médicos involucrados.

Otra demanda destacada es el hecho de solicitar peritaje médico en la especialidad correspondiente, y que los denunciantes no participen ni ejecuten las órdenes de aprehensión, así como el respeto por las garantías constitucionales, esto a raíz de la detención ilegal de uno de los médicos con un amparo otorgado por el poder judicial (Comunicado Yo Soy Médico 17, 2014).

## **#Yo también me dormí**

Por otro lado también se difundió en las redes sociales otro movimiento bajo el lema de *#Yo también me dormí en la guardia*. El cual surgió a partir de que se suscitara una polémica en las redes sociales a raíz de la circulación descontextualizada de fotos de una médica (residente o interna de pregrado), en las cuales se le veía dormida durante la guardia en un hospital público de Monterrey; esto a su vez provocó la reacción de cientos de médicos que junto con la frase *#Yo también me dormí*, subieron fotos en las que duermen durante la guardia. Este hecho trascendió a varios países de Latinoamérica y puso de manifiesto las condiciones y la realidad del cansancio ante las jornadas extenuantes que experimentan los residentes y médicos internos de pregrado (Hechem, 2015).

## **Reformas a las Normas Oficiales Mexicanas para disminuir las jornadas laborales de médicos internos y residentes**

Esta propuesta surgió en Guadalajara por un médico interno de pregrado, a través de la plataforma virtual *Change.org*, y fue retomada por el diputado federal Macedonio Tamez para impulsar una reforma en la normativa oficial, presentada el 8 de Enero de 2016. Tal propuesta actualmente ha sido aprobada para someterse a revisión por la comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

La modificación a las normas oficiales, principalmente la NOM-001-SSA-2012, se sustenta en las consecuencias de las guardias realizadas y el burnout. Factores que contribuyen en el deterioro físico y mental del médico residente y en la baja calidad de los servicios ofrecidos.

“Con esta iniciativa se pretende prestar atención y resolver el famoso síndrome de *burn-out* (Cansancio Excesivo) que suele presentarse en médicos practicantes, el cual compromete las actividades cerebrales, y por lo tanto, el desempeño y la calidad de atención que brindan los médicos a sus pacientes. De igual manera, favorece a los médicos internos y residentes a un mejor desarrollo integral de vida a través de mejores condiciones de trabajo.” (Tamez, 2016).

Otro aspecto que causó revuelo en las redes sociales, fue la propuesta de reforma a la Ley Federal del Trabajo presentada en el 2014, para disminuir la jornada laboral de los residentes. Esto ocasionó diversos y numerosos comentarios de médicos en torno al tema en la página de FB del Congreso de la Unión, y a continuación se muestran algunos de los comentarios más relevantes al respecto (Ver figura 4).





Figura 3. Congreso de la Unión-Facebook

En estos comentarios podemos observar la intersección de varias de las problemáticas que enfrentan los residentes médicos, que convergen con el fenómeno del burnout. Como son las largas y emocionalmente demandantes jornadas laborales; el hostigamiento y maltrato como parte del *currículum oculto*; los hábitos irregulares en el descanso y alimentación; e incluso la insatisfacción debido a la desproporción entre el sueldo recibido y las horas de servicio. Todas estas circunstancias afectan y obstaculizan la capacidad de procuración de autocuidado en los médicos según lo reportado en la literatura, tema que ha sido poco explorado en nuestro país.

## 6. BIENESTAR EN LOS MÉDICOS

El bienestar del médico es un tema de gran preocupación a nivel mundial que ha generado diversas líneas de investigación al respecto. Ejemplo de ello es el interés por el fenómeno de la adicción al trabajo (*Workaholism*) en los médicos, que se relaciona con el padecimiento del burnout (Rantanen, et al., 2015).

En un estudio realizado con residentes, al ser considerados población de alto riesgo, se demostró que la necesidad de trabajar en exceso como un impulso interno, se relaciona con el burnout y un bajo bienestar independientemente de las exigencias laborales. Lo cual coincide con los estudios realizados sobre personalidad tipo A, y sus patrones conductuales como el compromiso excesivo, esfuerzo hacia el logro constante, impaciencia e irritabilidad. La atención al paciente se ve afectada cuando el médico padece burnout y al ser la adicción por el trabajo un aspecto importante en el proceso, es necesario contemplarlo en los programas de prevención más allá del manejo del estrés laboral (Shaufeli, et al., 2009).

A su vez en la revisión sobre el bienestar de los médicos como un indicador poco atendido, Wallace y colaboradores (2009) , describen que en un estudio realizado en Canadá el 64% de los participantes percibió que su carga de trabajo es pesada, 48% aumentaron su carga de trabajo en el transcurso de un año. Otros autores reportan que los médicos trabajan un promedio de 50-60 horas por semana cuando no están de guardia. Además se reportó un 18% de médicos con diagnóstico de depresión de los cuales solo el 25% consideró requerir ayuda, pero únicamente el 2% acudió a algún servicio de salud. Datos acerca de la situación en Australia indicaron que el 42% de médicos australianos tenían un médico de cabecera, y el resto se auto recetaba. En contraste con ello, el 30 % de médicos jóvenes de Irlanda, no habían recurrido a un médico general en los últimos 5 años y el 65% no tomaban incapacidad al estar enfermos. En tanto que el 92% se automedicaron al menos en una ocasión, mientras que el 49% consideraba necesario relegar su propia salud (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009).

Estos datos permiten observar que los médicos no suelen buscar ayuda cuando tienen alguna necesidad relacionada a la salud, ni a tomar en cuenta la realización de acciones para su cuidado. Por lo que para incorporar el bienestar del médico como un indicador de calidad en la atención, es necesario abrir espacios claves para promover la importancia de ello a

través del diálogo incluyente de todo grupo implicado en el sistema de salud (Blackwelder, Watson & Freedy, 2016; Wallace, et al., 2009).

Además pese a que el burnout es un malestar frecuente (Cebria, et al., 2008), permanece sin detectarse por un largo periodo de tiempo y es estigmatizado. Aunque se sabe que los prestadores de servicios de salud que buscan ayuda tienen menor sintomatología de agotamiento emocional que quienes no recurren a ello (Romani & Ashkar, 2014).

Por otro lado, en un estudio cualitativo realizado en Holanda, a través de entrevistas semiestructuradas con población que trabaja en un centro de salud mental, se determinaron algunos de los obstáculos para solicitar atención e incapacidad laboral ante síntomas de burnout. Los autores concluyeron que el conocimiento sobre salud mental y la autopercepción son centrales para reconocer que existe algún problema y consecuentemente buscar ayuda. Aunque tal decisión ocurre hasta que el estado general de salud del individuo colapsa (Putnik, Jong & Verdonk, 2011).

Otros factores que Putnik y colaboradores (2011) encontraron como impedimentos personales para la búsqueda de atención a la salud mental, son la identidad del buen trabajador y la negación de síntomas.

Con relación a la identidad del buen trabajador destaca el rol de heroicidad que debe sostenerse, y que se expresa con la alta exigencia, responsabilidad, necesidad constante de aprobación y sentimiento de invulnerabilidad ante el burnout. Lo cual coloca al individuo en un estado de propensión al agotamiento de sus propios recursos emocionales. Además del sentimiento de debilidad o vulnerabilidad que les evoca reconocer un problema de salud y dejar de cumplir adecuadamente su trabajo (ver Relato 1). Incluso al grado de naturalizar la sintomatología o manifestar falta de percepción de la misma (Ver Relato 2).

A continuación se muestran dos relatos de hombres participantes en las entrevistas realizadas durante el estudio, que ejemplifican lo anteriormente mencionado.

Relato 1. “Sabía que no estaba bien, pero no podía aceptarlo. Yo no podía estar enfermo”.

Relato 2. “Pensé que no tenía síntomas... aunque, ahora que recuerdo, más bien no podía reconocerlos”. (Putnik, et al., 2011).

Asimismo, Shaufeli menciona que contradictoriamente a lo que se pensaría, el trabajo en exceso es un ingrediente esencial para el médico en la construcción del rol heroico que debe cumplir, y se asocia con el buen cuidado del paciente. Esta concepción debe ser modificada empezando por los médicos que supervisan a los residentes, quienes también podrían fomentar acciones coadyuvantes dirigidas hacia el bienestar, como por ejemplo dar periodos de descanso entre jornadas y delegar tareas; debido a que los médicos adscritos tienen un rol importante en el apoyo emocional, apreciativo e informativo hacia el residente. Así que es importante que desempeñen ese rol eficazmente y de manera positiva (Shaufeli, et al., 2009).

## **6.1 ¿Cómo lidiar con este problema en los servicios de salud?**

Con respecto a las maneras de prevenir y tratar este padecimiento, existen métodos de intervención para disminuir el estrés laboral y por ende el Síndrome de burnout en los médicos. Sin embargo el campo de la salud mental, irónicamente presta poca atención al bienestar de sus trabajadores; y los estudios realizados son pocos y con limitaciones en el diseño (Putnik, et al., 2014; Raj, 2016).

Los programas de intervención tienen dos enfoques básicos: Centrado en el individuo o en su entorno organizacional.

Dentro de las intervenciones centradas en el individuo existen los programas de reducción de estrés (Gardiner, Filippelli, Lebensohn , Bonakdar , 2015), que resultan ser más efectivos cuando se acompañan de tratamiento psicoeducacional y de seguimiento, realizados en grupo más que de forma individual. Existen también intervenciones que fomentan el apoyo social ((Diaz, Chessman, Johnson, Brock & Gavin, 2015) y otros que consisten en aumentar la percepción interna de satisfacción y de gratitud en el trabajo.

Por otro lado, las intervenciones basadas en el nivel organizacional, se enfocan en disminuir la carga de trabajo, la ambigüedad y conflictos de rol. Además de aumentar la retroalimentación positiva de recompensa, la autonomía y el involucramiento del trabajador en las decisiones relevantes. Otras intervenciones se centran en fomentar el sentido de comunidad y una cultura positiva del trabajo. Es posible combinar ambos enfoques dentro de una institución. (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, Pfahler, 2011; Romani & Ashkar, 2014).

Ejemplo de ello es el programa de intervención realizado por Gardiner y colaboradores (2004). Este programa consistió en 15 horas para control del estrés realizado con médicos generales; se reportó mejora en el nivel de bienestar y calidad de vida durante 12 semanas de seguimiento posteriores a la intervención (Gardiner, Lovell & Williamson, 2004).

Además de programas de intervención también existen ciertas prácticas que pueden disminuir los niveles de estrés. En un estudio con residentes realizado en la India se determinaron los siguientes factores que en teoría funcionan como reductores del estrés desde la perspectiva del residente: escuchar buena música, convivencia familiar y con amigos (40.8%); ver una película (15.5%); leer un buen libro (8.45%); ir a fiestas; meditación (5.43%); estar solo, hacer yoga (2.8%); hacer ejercicio 87.3%. Sin embargo el 75% de los participantes no ponen en práctica éstas acciones (Doctors for Doctors, Wellbeing, 2013; Rajan, & Bellare, 2011).

La vida espiritual también es un aspecto que contribuye al bienestar del médico residente. En relación a la práctica espiritual y estrategias de afrontamiento en el burnout, Dolittle y colaboradores realizaron un estudio transversal con 173 residentes de medicina interna, en el que evaluaron las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes con dos tipos de desenlace, uno basado en el problema y otro basado en la emoción. Determinaron que aquellos que afrontan los estresores cotidianos de manera activa tienen menor riesgo de padecer burnout.

Con respecto al tema de la espiritualidad evaluaron aspectos prácticos y actitudinales como son las creencias acerca del concepto de Dios, prácticas externas, humildad y creencias

existenciales. Y finalmente concluyeron que las estrategias de afrontamiento positivo, así como tener una práctica espiritual, son elementos de protección frente al desarrollo del burnout (Dolittle, Windish & Seelig, 2013).

### **¿El médico cuida de sí mismo?**

*Nosotros, los que conocemos, somos desconocidos para nosotros mismos.*

Friedrich Nietzsche

Se entiende el concepto de autocuidado como la capacidad de ser consciente del propio estado de salud, así como la toma de decisiones autónomas y cotidianas encaminadas a salvaguardar dicho estado de manera integral, es decir, contemplando el ámbito físico, emocional y social (Weiner, Swain, Wolf & Gottlieb, 2001).

Wiener y colaboradores (2001), en un estudio con 130 participantes médicos, encontraron cinco categorías de lo que llamaron Prácticas que Promueven el Bienestar (WPP) como son:

- Enfoque ante la vida (filosofía de vida),
- Relaciones interpersonales saludables,
- Trabajo satisfactorio,
- Espiritualidad y
- Autocuidado.

En esta última categoría se enfatizan ciertas acciones como el tomar vacaciones, realizar ejercicio, tener alguna actividad recreativa, practicar algún tipo de meditación (Weiner, et al., 2001) y compartir los sentimientos con colegas, amigos y familiares (British Medical Association web site, 2014; Slavin, S. J., Schindler, D. L., & Chibnall, J. T. (2014).

Existen algunos programas enfocados en la salud y bienestar del médico promoviendo principalmente la actividad física, nutrición adecuada, sueño reparador, soporte social y manejo del estrés (Slavin, et al. 2014). Aunque la cultura del estoicismo impera en la práctica

médica (Putnik, et al., 2011); por tanto es necesario cambiar el paradigma hacia la prevención (Ramírez , Graham, Richards., Cull., & Gregory 1996).

Existen programas en Estados Unidos y Canadá que han impulsado la cultura del bienestar en médicos, como son el programa de prevención del suicidio y alerta sobre la depresión en la escuela de medicina de San Diego. Así como el programa de bienestar en estudiantes de Alberta, Canadá; el programa de bienestar en médicos de Detroit; Vanderbilt Wellness Program en Tennessee; Resiliencia y educación para el bienestar en California; el programa de residentes y medicina integrativa en Arizona. Todos ellos como algunos ejemplos del esfuerzo por lograr el bienestar en los médicos (Moutier, et al., 2012; Slavin, et al., 2014).

Por otro lado un estudio cualitativo acerca de la percepción de autocuidado realizado con médicos familiares de Australia, señala que los médicos reconocen cuando están enfermos entre sus colegas pero necesitan transmitir una imagen de salud ante sus pacientes. Esto debido a que existe una excesiva presión por mantener un estado de salud al menos en apariencia, ya que existe vergüenza al tomar el rol de paciente y preocupación por la confidencialidad de sus padecimientos, lo cual es un obstáculo para el cuidado de su salud.

Los autores concluyen que es necesario que los médicos reciban entrenamiento en reconocimiento y manejo de su propia salud y la de sus colegas, así como grupos de cuidados primarios para médicos, y servicios de salud ocupacional como recursos para el cuidado de la salud (Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, & Bradley, 2001).

En México, Arenas y colaboradores (2004), en un estudio realizado con médicos de instituciones públicas, señalan la existencia de prácticas que constituyen *el habitus médico* que se manifiesta en el desempeño laboral, y que bloquea la capacidad de tener prácticas para procurar el autocuidado y el reconocimiento de éstas necesidades básicas para mantener la calidad de vida (Arenas, et al., 2004). De tal manera que el *habitus médico* implica una escasa consciencia de autocuidado.

Hasta aquí, hemos descrito las principales características del Síndrome de burnout, sus tres dimensiones y antecedentes históricos. Así como los diversos factores de riesgo

documentados en su aparición, los factores que lo previenen y las intervenciones para su tratamiento aplicadas en la población médica. Se han descrito también las generalidades del panorama del quehacer del médico en formación como especialista en México. De tal forma que se logró definir un marco teórico a seguir para abordar el fenómeno del burnout desde la mirada de sus actores, los médicos residentes.



## 7. MARCO TEÓRICO

Este proyecto de investigación se realizó para acercarnos a la comprensión del Síndrome de burnout, desde una perspectiva subjetiva, a través de la experiencia y voz de los médicos residentes<sup>9</sup>. Por lo que el aporte de la teorización fenomenológica<sup>10</sup> y en específico de la sociología fenomenológica de Schutz, permitió abordar este padecimiento bajo una mirada centrada en lo esencial de la vivencia en el individuo. Desde la cual se enfatizó en los contextos cotidianos de desempeño laboral que suceden en hospitales públicos (Ciudad de México), sobre todo en el caso del médico residente que pasa la mayor parte del tiempo en los hospitales durante su formación como especialista.

### 7.1 Aspectos teóricos sobre la Fenomenología

La fenomenología es una escuela filosófica cuyo origen se atribuye a Edmund Husserl. Este autor enunciaba argumentos para desnaturalizar la concepción de conciencia y de las ideas, aclarar la idea de ciencia hasta ese momento indefinida por el campo científico, y describió las exigencias de la fundamentación que nos remite al concepto de evidencia, y sistematizó la necesaria para integrar el saber. Con lo que se diferencia del paradigma positivista cuyo punto de partida son resultados de las ciencias para realizar la síntesis que intenta explicar de manera objetiva un fenómeno (Presas, 2009). Dicho paradigma ha predominado en el estudio del Síndrome de burnout. Y pese a la gran producción de evidencia empírica, no ha sido suficiente el conocimiento generado para profundizar en la comprensión del burnout. Ni tampoco para el desarrollo de estrategias concretas que permitan enfrentar

---

<sup>9</sup> Distinción entre **comprender** y entender siguiendo a Giambattista Vico en su disertación entre el ámbito de la crítica (cartesianismo) y tópica, y entre naturaleza y humanidad (Bacarlett, 2008). Vico establece que solo podemos acceder al conocimiento de los fenómenos que son producciones humanas en las que por tanto estamos implicados. El lenguaje como expresión de la forma de vida posibilita la comprensión, pues permite captar el significado que moldea tal forma de vida (Wittgenstein), o tradición (Gadamer) dentro de un momento histórico-cultural determinado. (Giddens, 1993).

<sup>10</sup> La interioridad (subjetividad)-exterioridad (objetividad) para Wittgenstein, que más tarde el antropólogo Marvin Harris retomaría en la aplicación del trabajo etnográfico (Schaffhauser, 2009).

este padecimiento en los médicos residentes, hecho que afecta al sistema de salud en nuestro país y en el mundo.

La aproximación al Síndrome de burnout a la luz de la Fenomenología se caracteriza por la prioridad que otorga al significado de la experiencia esencial del individuo, es decir, desde la subjetividad, lo cual es central para la comprensión de un fenómeno.

La manera en que el fenómeno es experimentado y descrito por el sujeto es sobre lo que se enfatiza (Barbosa, Gonçalves, Ferreira, 2007), a diferencia del paradigma principal del “quehacer científico” que separa el fenómeno en variables y busca la causalidad fragmentándola de la experiencia (Forrester, 2010).

El quehacer fenomenológico de Husserl implica realizar la operación del Epoché (o Epojé) y la Reducción fenomenológica. Epojé es la acción de poner entre paréntesis las creencias, las preconcepciones sobre el fenómeno en cuestión, y así poder lograr el proceso de la reducción fenomenológica, cuya finalidad será llegar a la esencia (Bevan, 2014).

Entendemos por esencia la característica o características sin las cuales algo deja de ser ese algo, desde la subjetividad (intersubjetiva). Por subjetividad se entiende la conciencia de lo que sucede desde la perspectiva de una persona o sujeto en particular, que se socializa o comparte a través de la vida cotidiana (Bevan, 2014).

La fenomenología contempla cuatro aspectos centrales enmarcados en la propuesta de Husserl sobre el sentido común y el Mundo de la vida (Lebenswelt, Life World) que determinarán la manera de significar la experiencia y que constituyen el contexto donde esto sucede y la sitúan en la historicidad de sí misma (Bevan, 2014; Presas, 2009):

- Temporalidad- tiempo vivido,
- Espacio vivido,
- El cuerpo vivido y,
- La relacionalidad o relación humana vivida (Álvarez-Gayou, 2013).

Para Husserl el sentido común es lo que permite al individuo relacionarse con el *Mundo de la vida*, es la manera en la que interactuamos dentro de él.

El mundo de la vida es todo lo constitutivamente humano, es el mundo ya conocido en el que nos desenvolvemos, el contexto donde toda experiencia es dotada de sentido.

Es entonces la experiencia del mundo de la vida desde el sentido común (natural attitude) lo que dirige la investigación fenomenológica. De tal manera que en este estudio, es la experiencia del burnout del médico residente que contextualizada a través de sus cuatro componentes espacio- temporal, corpóreo-relacional, articulados desde el sentido común (como vehículo de acceso a la experiencia intersubjetiva) lo que fungió como eje rector del interés a lo largo de esta investigación.

## **SOCIOLOGÍA FENOMENOLÓGICA**

Por otra parte, el sociólogo Alfred Schutz retomó aspectos teóricos de la Fenomenología de Husserl, y es considerado el creador de la sociología fenomenológica.

Schutz problematiza acerca del concepto de sentido común para aproximarse al conocimiento de los fenómenos como un resultado de la construcción intersubjetiva, es decir, desde el entramado de interacción subjetiva y producción de sentido en el segmento del mundo de la vida cotidiana, mediado entre las acciones ya concluidas y las que suceden en ese momento (Núñez, 2012).

Es en el ámbito del mundo de la vida cotidiana, donde es posible ser comprendido por el otro e interactuar, a través de lo cual puede constituirse un mundo compartido, intersubjetivo y que provee de un marco común de interpretación de lo que dentro de éste se considera real, es un “mundo circundante, común y comunicativo” (Schutz & Luckman, 2009, p.25). Por tanto el mundo de la vida cotidiana es el escenario y depositario de toda acción e intervención del sujeto no como ente aislado, sino como parte de una colectividad. De tal forma, el sentido común es lo que mantiene esa realidad compartida, al menos de

manera intuitiva, y que representa el referente común de interpretación para el sujeto dentro del mundo de la vida cotidiana siguiendo a Schutz (Estrada, 2000).

De tal manera que se identifican propiedades específicas del sentido común:

**1) Reciprocidad de perspectivas.** Bajo el supuesto de que las cosas significan lo mismo para mí que para los demás. Cuando una experiencia en el mundo de la vida hospitalaria le sucede a un médico residente, llevará implícito el supuesto de que los demás individuos le darán el mismo sentido a esa experiencia.

**2) Origen social del conocimiento** a partir de tipificaciones por medio del vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano. Esas tipificaciones son las que dan acceso a la experiencia a través del lenguaje que dentro del ámbito médico resulta fundante en la formación médica, la identidad y en la manera de interactuar con los otros (colegas, pacientes, amigos). Una de las vías de acceso a estas tipificaciones es la conversación por medio de entrevistas, lo cual me permitirá conocer la manera de experimentar el mundo de la vida del médico residente en relación al síndrome de burnout.

**3) El sentido común se encuentra socialmente distribuido.** El conocimiento disponible de un individuo se encuentra estructurado en gradientes de claridad y precisión.

Schutz también propone la posibilidad de estudiar la experiencia subjetiva de manera objetiva a través de dos postulados:

Postulado de la coherencia lógica, bajo esquemas conceptuales que tengan congruencia también con la lógica formal; y postulado de la interpretación subjetiva, a través de descubrir los *motivos para* y los *motivos porque* de la acción entendida como toda conducta atribuible de sentido. La acción es entonces una actividad intencionalmente planificada y proyectada previo ejercicio de reflexión para ser realizada en el futuro, lo cual constituye el *motivo para* de esa acción específica, en relación a lo imaginado por el sujeto. Por otro lado lo opuesto son los *motivos porque*, que se relacionan con las condiciones sociohistóricas en las que se desarrolla el sujeto. Entre los *motivos para* y los *motivos porque*, no necesariamente existe congruencia (Castro, 2015; Rizo, 2005).

Las experiencias de la vida diaria de los residentes dentro de lo que Schutz llama mundo de la vida cotidiana, con la mediación del sentido común y sus características antes mencionadas, es lo que me permitió explorar cómo el residente significa estas experiencias en torno al burnout y qué tipificaciones tienen al respecto, como se esquematiza en la figura 4.

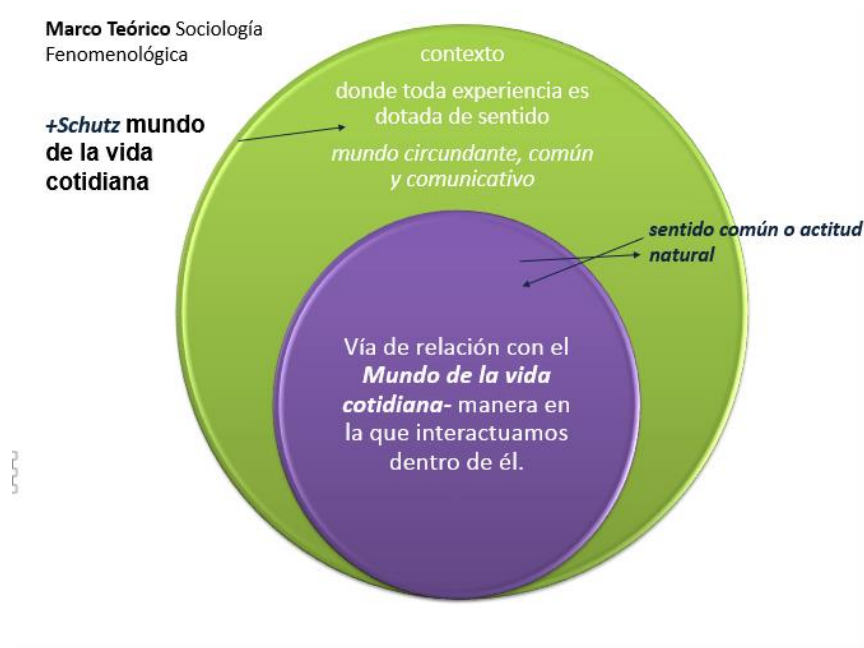


Figura 4. Marco Teórico 1

Las circunstancias cotidianas del quehacer del médico residente que convergen dentro de un contexto social y personal peculiar, son factores que interactúan en la aparición del síndrome de burnout. Pero que sin embargo no han sido descritos como tal en los estudios realizados en nuestro país. Es posible inferir la presencia de un proceso previo influenciado por las peculiaridades de las condiciones del contexto académico y laboral del residente, que resulta necesario indagar desde su propia experiencia. Tanto para poder ampliar la comprensión en la aparición del Síndrome de burnout y conocer las prácticas que surgen a raíz de tal problemática (Ver Figura 4.1).

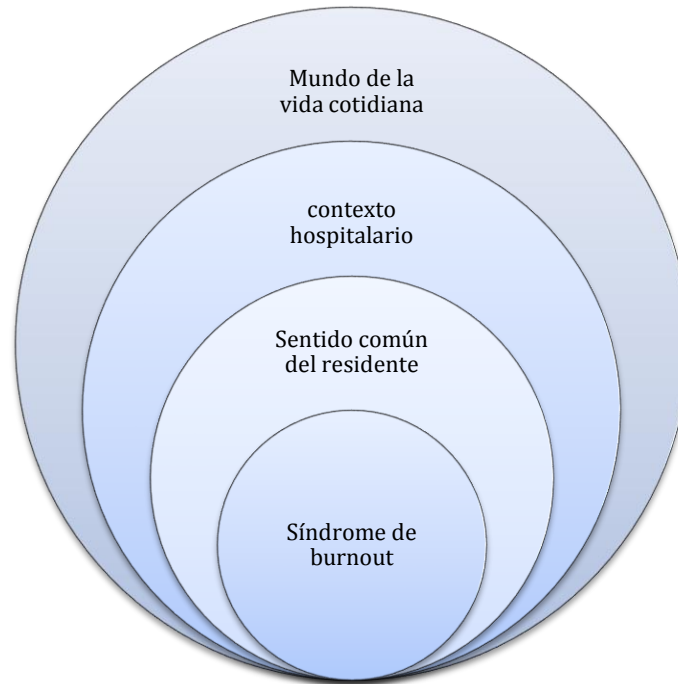


Figura 4.1. Mundo de la vida cotidiana del residente y Síndrome de burnout

De tal manera que a continuación se describe el planteamiento del problema, los argumentos que contribuyen a justificar este estudio, los objetivos y métodos para llevarlo a cabo.

## 8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura reporta que los médicos son una de las principales poblaciones vulnerables al Síndrome de burnout (Adriaenssens, et al., 2015; Castañeda & García de Alba, 2010; Consiglio, 2014; Graue, et al., 2007; Doolittle, 2013; Hernández, et al., 2008; Wu, Zhu, Li, Lin, Chai, Wang, 2012). El enfrentamiento cotidiano de fenómenos como el dolor y la muerte, la constante demanda de satisfacción de necesidades específicas de los pacientes, así como la necesidad de cumplir un rol de cuidador, olvidando las necesidades propias, mediado además por el *habitus médico* que conlleva al escaso autocuidado (Arenas, et al., 2004; Cumplido & Molina, 2008; Mas, et al., 2003; Trankle, 2014; Waldman, et al, 2009; Whitehead, 2014) son algunas de los principales aspectos que predisponen al desarrollo del Síndrome de burnout (Figueredo, et al., 2009; Suñer, et al., 2014; Tidjink, et al., 2005).

Además, las condiciones en las que se desarrolla el proceso formativo como son las jornadas extensas de trabajo, descanso inadecuado, los hábitos irregulares de alimentación así como el estrés crónico que enfrentan cotidianamente, son un campo fértil para experimentar burnout y generar consecuencias tanto a nivel individual en relación al estado de salud integral, como a nivel del Sistema de Salud en general (Cebria , et al.,2008; Davis , 2004; Daskivich, et al., 2015; Escribá, et al., 2005; Haggerty, et al., 2013; Martínez-Lanz, et al., 2005; McClafferty, & Brown , 2014; Paro, et al., 2014; Rajan & Bellare , 2011; Ruotsalainen, et al.,2008; Schaufeli , 2009; Shanafelt , et al.,2012; Wachholtz , et al., 2013; Wallace, et al., 2009).

Esto a su vez, tiene un impacto directo en el deterioro de la calidad de vida a nivel personal, así como de la calidad en el servicio de salud proporcionado, como por ejemplo el cometer errores de praxis y dificultades en la comunicación con los pacientes (Alonso F, 2011; Dewa, et al, 2014; Schaufeli, 2009; Seidler, et al., 2014). Por lo que es pertinente realizar estudios que permitan entender de qué forma es experimentado el fenómeno del burnout por los médicos residentes, así como las prácticas que realizan para hacerle frente (Satterfield & Becerra, 2010) pues debido al rol mixto que desempeñan (estudiante y trabajador) se encuentran en condiciones particulares que los colocan en una posición de mayor vulnerabilidad para desarrollar este padecimiento (Billings, et al., 2011; Casas, et al.,

2013; Castro, 2014; Durning, et al., 2013; Prins, et al., 2007). De tal manera que la aproximación desde la experiencia de los residentes en su contexto de cotidianidad es pertinente para profundizar en los elementos que propician el padecimiento del burnout.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿De qué manera experimentan el Síndrome de burnout los médicos residentes en algunos hospitales públicos de la Ciudad de México?

## **SUPUESTO**

La experiencia cotidiana conformada por el contexto hospitalario y la formación académica, contribuyen en el desarrollo del Síndrome de burnout en los médicos residentes de algunos hospitales de la Ciudad de México.

## **JUSTIFICACIÓN**

La naturaleza y condiciones del trabajo que realizan los médicos residentes, como una de las principales fuerzas de trabajo dentro del Sistema de Salud, implican un riesgo elevado en el desarrollo del burnout. Que tiene implicaciones tanto a nivel individual como social y que ha llegado a considerarse como un problema de impacto en la Salud Pública. Sobre todo la presencia del agotamiento emocional y la despersonalización, reflejan la influencia que estas dimensiones del burnout tienen en la interacción con el paciente. Lo cual afecta el desempeño laboral en detrimento de la calidad en el servicio de salud otorgado.

El burnout se ha considerado un factor de riesgo en la aparición de cuadros depresivos, abuso de sustancias, deterioro en el estado de salud física y mental en general, así como en el desempeño laboral de los médicos, lo cual no sólo afecta al galeno mismo,



sino a los pacientes a quienes atiende. Las consecuencias de lo anterior no se han dejado esperar, y vemos entonces una desconfianza creciente en los prestadores de salud (en específico, los médicos) y en el Sistema Público de Salud, errores médicos durante la praxis que afectan la seguridad del paciente, aumentos de problemas de índole legal y denuncias ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

El burnout es un padecimiento multifactorial, en nuestro país el problema se ha estudiado a través de la aplicación de inventarios como el MBI. A pesar de la vasta producción de conocimiento acerca de este fenómeno, aún existen aspectos poco explorados con respecto a la comprensión del fenómeno y su aparición dentro del contexto social y cultural del médico residente en México. Tales sutilezas se pueden conocer de una manera más profunda desde la perspectiva de los actores, al escuchar su experiencia a través de la indagación que la metodología cualitativa ofrece. En este caso desde el enfoque fenomenológico, por medio de la realización de entrevistas focalizadas que puedan generar conocimiento que permita en el mediano o largo plazo el desarrollo de estrategias de promoción a la salud mental, o de intervenciones eficaces en la promoción de la salud en los médicos residentes, al ser ellos agentes clave del Sistema de Salud en nuestro país.

## **9. MÉTODO**

### **9.1 Objetivo general**

Conocer la experiencia del Síndrome de burnout, en médicos residentes en algunos hospitales públicos de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

Desde la perspectiva de los médicos residentes entrevistados:

- a) Describir el significado del Síndrome de burnout
- b) Conocer y analizar los aspectos de la vida cotidiana, contexto hospitalario y académico que influyen en la aparición del burnout.
- c) Conocer y analizar la influencia del burnout en la vida cotidiana del médico residente.
- d) Conocer las prácticas a las que recurren los médicos residentes, para mitigar el burnout.
- e) Conocer y analizar las necesidades de los médicos residentes en torno al burnout.

### **9.2 Diseño**

Esta investigación se realizó a través de un diseño cualitativo de aproximación fenomenológica. Este tipo de diseño permite realizar una especie de zoom al fenómeno en estudio accionado desde la subjetividad del individuo, es decir, desde la relación con la construcción del sentido que atribuye el individuo a su experiencia dentro de un espacio-tiempo-interacción específicos por medio de un proceso inductivo.

Este tipo de metodología busca la comprensión del fenómeno dentro de su contexto particular en vez de la explicación causal hacia la generalización, por lo que no se puso a

prueba alguna hipótesis. Asimismo el interés fue enfocado hacia la profundización en la información construida y recopilada, por lo que el número de entrevistas realizadas observó una lógica de significatividad y enriquecimiento de la información más que de representatividad; esto a decir de los términos numéricos bajo la lógica que rige las metodologías conocidas como cuantitativas de epistemología positivista (Denzin & Lincoln, 2005).

Con este tipo de diseño, mi interés fue hacia la comprensión del fenómeno del burnout desde la experiencia del médico residente en particular. Al ser el sujeto que vive directamente la experiencia del burnout en el marco intersubjetivo de la cotidianidad dentro del hospital, lugar donde realiza las principales actividades de la vida cotidiana al pasar ahí la mayor parte del tiempo durante su entrenamiento como especialista, sobre todo en circunstancias específicas como el quedarse de guardia.

Es durante las guardias y dentro del hospital donde el residente socializa con otras personas tanto en el ámbito laboral como afectivamente. De tal manera que conocer la experiencia dentro del contexto cotidiano del residente, es crucial para comprender el fenómeno del burnout.

### **9.3 Participantes**

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con médicos residentes mexicanos, que en ese momento se encontraban realizando una especialidad médica en hospitales públicos de la Ciudad de México. Y quienes cursaban cualquier año del programa de especialidades que se ofrecen en nuestro país. Aunque también se intentó en la medida de lo posible, que el tipo de especialidades fuera diverso, con la finalidad de conocer la experiencia que se vive en especialidades consideradas menos absorbentes en tiempo invertido y carga de trabajo, como son Otorrinolaringología, Medicina familiar o Psiquiatría; y aquellas que son consideradas más demandantes como Urgencias o Ginecoobstetricia.

### **9.3.1 Muestreo**

Los participantes se contactaron mediante la técnica por bola de nieve (Coleman, 1958), en la que un participante nos lleva a otros y así sucesivamente por lo que también recibe el nombre de muestreo en cadena. Inicialmente se consideró contactarlos a través del programa de Posgrado de la UNAM de manera independiente, sin embargo esta estrategia no funcionó ya que los residentes contactados y que voluntariamente proporcionaron su teléfono y correo electrónico para participar en la investigación, no respondieron al ser contactados por estos medios. Debido a ello se decidió recurrir al muestreo por bola de nieve a través de médicos residentes de distintos hospitales y especialidades quienes a su vez fueron contactados mediante dos vías: por medio de colegas médicos, y al asistir directamente a hospitales de tercer nivel explicando personal y brevemente los objetivos de la presente investigación a los médicos residentes que se encontraban en los espacios exteriores del hospital, y que disponían de algunos minutos para explicarles los objetivos de este estudio y la petición de participación a través de las entrevistas. De tal manera que los residentes que pudieron ser contactados de esta manera, fueron proporcionando el contacto a su vez, con el resto de los residentes entrevistados, como se describe más adelante en la sección correspondiente al procedimiento.

#### **Criterios de inclusión**

Médicos residentes que:

1. Estaban inscritos en el Programa de Especialidades de la UNAM.
2. Que se encontraban cursando cualquier año de una especialidad médica de las ofertadas por el Programa de Especialidades de la UNAM, en hospitales públicos de la Ciudad de México.
3. Aquellos que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria.

4. Quienes al momento de la entrevista, no presentaron ninguna afección (enfermedad médica, intoxicación o abstinencia por alguna sustancia, etcétera) que comprometiera la comprensión de las preguntas y la emisión de respuestas.

### **Criterios de exclusión**

1. Médicos residentes extranjeros.
2. Aquellos que quisieran retirar su participación.

### **9.3.2 Técnica para la obtención de la información**

#### Entrevista semiestructurada

Conocer, comprender y entender a las personas al conversar y escucharlas ha sido un elemento fundamental dentro de la investigación cualitativa, pues permite tener acceso desde distintos enfoques a la manera en que el individuo da sentido a las vivencias cotidianas; una de las formas que puede tomar esta conversación es la entrevista de investigación. Debido a que es un medio sistemático y potente se ha convertido en una herramienta común en este tipo de investigaciones (Kvale, 2011).

Existen diversos tipos de entrevistas, en este caso se realizaron entrevistas semiestructuradas bajo un estilo mínimamente directivo basado en una guía de entrevista que contempla las temáticas principales acerca de las cuales me interesaba indagar (Kvale, 2011). Siempre de manera flexible en la escucha de la narración del participante.

La secuencia temática de la guía, estuvo integrada por preguntas elaboradas ex profeso a partir de cinco categorías (Ver anexos. Guía de entrevista). Las preguntas de la guía de entrevista tuvieron una función como detonante para obtener la información de interés. La finalidad del uso de la guía de entrevista fue tener presente cada área temática durante cada

una de las entrevistas. También me permitió saber en qué momento formular las preguntas (Kvale, 2011; Taylor SJ & Bodgan R, 1984)

Las entrevistas semiestructuradas hacen posible la recolección de datos y construcción de los textos mediante las transcripciones para ser analizados (Kvale, 2011). Esto último sin que ello implique una especie de cosecha de información (Marshall, & Rossman, 2006).

Por otro lado cada entrevista se transcribió y codificó. La codificación permitirá identificar construcciones interpretativas que posteriormente servirán para realizar el análisis de la información obtenida (Kvale, 2011).

#### **9.4 Instrumento. Guía de entrevista**

En cuanto a la elaboración de la Guía de entrevista para abordar (Kvale, 2011) la experiencia del síndrome de burnout en el residente; se articularon seis categorías de acuerdo a los objetivos del estudio y desde el enfoque teórico fenomenológico. Es importante señalar que la guía de entrevista fue sólo una pauta para guiar el abordaje de los temas de interés de la presente investigación. Las preguntas propuestas y el orden en que se abordaron fue flexible, se tomó en consideración el registro lingüístico durante la interacción con cada participante para plantear las preguntas propuestas. La guía se estructuró de la siguiente manera (Consultar Anexo A- Guía de entrevista, para conocer la guía completa):

##### **Categoría 1. Aspectos sociodemográficas y académicos**

###### **Dimensiones**

1.1 Edad

1.2 Estado civil

1.3 Práctica espiritual

1.4 Lugar de nacimiento

## 1.5 Lugar de residencia

### 1.5.1 Con quién vive

### 1.5.2. Redes de apoyo

## 1.6 Hospital donde realiza residencia médica.

### **Objetivo**

Conocer las características sociodemográficas de los participantes y el lugar donde realizan la residencia médica.

## **Categoría 2. Burnout**

### Dimensiones

#### 2.1 Concepto

#### 2.2 Experiencia

#### 2.3 Identificación de las dimensiones

### Objetivo:

Describir y analizar los conceptos de burnout.

## **Categoría 3. Factores detonantes**

### Dimensiones

#### 3.1 Qué influye en su aparición

#### 3.2 Evolución

#### 3.3 Características o síntomas

### **Objetivo**

Conocer y analizar los aspectos del contexto hospitalario, académico y personal que influyen en la aparición del burnout

#### Categoría 4. Impacto del burnout en la vida (cotidiana)

##### Dimensiones

- 4.1 Impacto en la esfera académica
- 4.2. Impacto en las relaciones interpersonales
- 4.3 Consumo de sustancias
- 4.4 Impacto en la salud física y mental

##### Objetivo

Conocer y analizar de qué manera afecta el burnout en la vida personal y profesional.

#### Categoría 5. Prácticas de atención para enfrentar el burnout

##### Dimensiones

- 4.1 Momento de búsqueda
- 4.2 Factores motivadores de la búsqueda
- 4.3 Expectativas
- 4.4 Resultados

##### **Objetivo**

Conocer las prácticas de atención a las que recurren los médicos residentes, para hacer frente al síndrome de burnout.

#### Categoría 6. Necesidades sentidas para afrontar el burnout

##### Dimensiones

5.1. Apoyo social

5.2 Reconocimiento

5.3 Servicios de atención y apoyo



## Objetivo

Conocer y analizar las necesidades de la población de médicos residentes en nuestro país, para afrontar el burnout.

Cierre de la entrevista

### **9.5 Interpretación de la información (datos)**

La organización del material obtenido para su análisis, se llevó a cabo por medio de las estrategias de categorización de significados y condensación (Kvale, 2011).

La categorización es una técnica de análisis introducida por las Ciencias Sociales. Consiste en tomar un segmento de datos convertidos en texto y conceptualizarlo de manera sistemática, aunque suele usarse de manera indistinta con el término de codificación.

La condensación por otra parte, se refiere a la reformulación de lo expresado en textos breves. Condensar es realizar una especie de paráfrasis que compacta el texto de determinada unidad de análisis, pero que contempla el significado central de lo expresado y lo transforma en unidad de significado (Kvale S, 2011). La interpretación de los datos se basó en el marco teórico que en este estudio corresponde al enfoque teórico metodológico de la sociología fenomenológica. Asimismo se consideraron categorías emergentes para el análisis, como la clasificación de especialidades de estilo de vida controlable (EVC) y estilo de vida no controlable (EVNC) bajo los criterios planteados por Schwartz y colaboradores (1990) ( Ver Fig.5). Así como las categorías que se construyeron durante la realización de la Guía de entrevista conforme a los objetivos del estudio y el marco teórico de la sociología fenomenológica de Schutz.

### **9.6 Consideraciones Éticas**

Esta investigación se realizó conforme a los principios éticos para la investigación en seres humanos, que en este caso tipifica que se trata de un estudio de riesgo mínimo en

población no vulnerable. Para cada uno de los principios éticos, se especifica el documento que da fe del compromiso de la investigadora, en respetar los mismos. A saber, principio de Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia distributiva, en concordancia con la declaración de Helsinki de 2013.

Posteriormente, se realizó el proceso dialógico del Consentimiento informado (Mondragón, 2012), cuya materialización fue un documento que contiene la información sobre el estudio realizado. De manera que se proporcionó a cada participante la información sobre los objetivos del estudio, las molestias o inconvenientes de participar, el derecho a retirar su participación en cualquier momento que lo decidiera. Además se les informó sobre los procedimientos necesarios para garantizar la confidencialidad y privacidad en el manejo de la información obtenida. Así que bajo conocimiento de lo anteriormente mencionado, de manera libre y sin coerción alguna, cada residente contactado decidió su participación en este estudio, lo cual se concretó a través de la firma del documento de Consentimiento Informado (ver apéndice B), de acuerdo con la Pauta 4 del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) sobre consentimiento informado Individual, y de acuerdo también al artículo 20 de la Ley General de Salud.

Cabe enfatizar que, el Consentimiento informado es un proceso, y no un mero documento por firmar, cuyo objetivo es garantizar el respeto de los derechos de los participantes. Este proceso de consentimiento implica que no exista un único momento o encuentro en su concreción, y que además como ya mencioné anteriormente implica también un diálogo constante entre la investigadora y cada participante (Mondragón, 2012).

## **9.7 Procedimiento**

A continuación se describe el procedimiento para realizar la presente investigación.

### **A. Revisión de la literatura**

Se realizó una revisión de la literatura con respecto al tema del Síndrome de burnout principalmente en médicos residentes. Se estructuró la pregunta de investigación, y se

tomaron decisiones con respecto al tipo de aproximación adecuado y factible para responder a la pregunta de investigación. Se optó por un abordaje de tradición cualitativa desde la aproximación fenomenológica a través del aporte teórico de la sociología fenomenológica de Schutz; considerando las limitaciones de tiempo, recursos económicos y humanos. Asimismo se construyó el marco teórico y la guía de entrevista. También fueron contemplados los aspectos éticos necesarios para garantizar sobre todo la no maleficencia y el respeto a la autonomía de los participantes. Se elaboró un documento relativo al consentimiento informado (Ver apéndice B).

### **B. Revisión del protocolo por el Comité de Ética**

El protocolo de investigación, se sometió a la revisión y dictaminación por parte del Comité de Ética en la Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz aprobado el 7 de septiembre del 2015 (ver apéndice C- Carta de aprobación).

### **C. Solicitud de autorización**

Se solicitó autorización del Programa de Posgrado en Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, para convocar a los médicos residentes interesados en participar libremente en las entrevistas individuales que se llevarían a cabo.

Al contar con la autorización de las autoridades del Posgrado, me informé sobre el período en que los residentes acudían a realizar trámites académicos en la oficina del Programa de Posgrado. Teniendo esta información realicé el primer contacto de manera personal para invitarlos y obtener su correo electrónico o número celular para poder contactarlos. A quienes accedieron se les envió la información y propósito del estudio vía e mail o mensaje de texto vía celular.

Desafortunadamente la estrategia fue fallida, ya que de seis residentes interesados, que proporcionaron sus datos con el interés en participar y que fueron contactados en un segundo momento, ninguno contestó los mails ni los mensajes de texto, a excepción de uno que dijo no tener tiempo para participar en la entrevista. Así que se recurrió a la estrategia de muestreo por bola de nieve o muestreo en cadena que describo a continuación.

## D. Proceso de contacto de los participantes

Se contactó a tres residentes de manera independiente a quienes se tenía acceso. Posteriormente se realizó el primer contacto vía correo electrónico, explicando brevemente de qué se trataba ésta investigación:

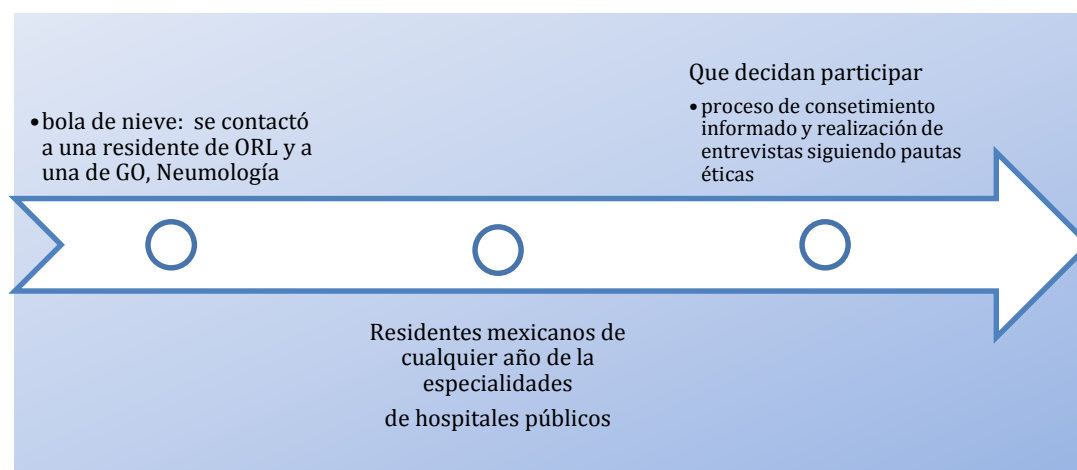


Figura 5. Proceso de contacto de los participantes

A continuación se describe la presentación realizada en el primer contacto vía e mail o de manera personal, cuando fue el caso, con los participantes posteriores.

Hola ( ...),

Soy alumna de la maestría en Ciencias de la Salud. La Dra/Dr. (nombre) me proporcionó tu e mail (me contactó contigo) ya que estoy realizando una investigación acerca de la experiencia del síndrome de burnout en médicos residentes, para lo cual estaré realizando entrevistas individuales. Quisiera saber si te interesaría participar concediéndome entre 60-90 minutos de tu tiempo para realizar una entrevista en la fecha, lugar y horario que tengas disponible.

Gracias por tu atención.

Perla Cigarroa Vázquez.

De esos tres residentes (dos mujeres y un hombre) únicamente una de ellas respondió el e mail, y confirmó que sí estaba interesada en participar. Posteriormente se acordó con la participante una fecha, horario y lugar para realizar la entrevista.

Después se contactó por separado a una médica residente de Ginecoobstetricia (GO) de un hospital de Ginecoobstetricia de alta especialidad del IMSS, una médica residente de Otorrinolaringología (ORL) de un Hospital de especialidades del IMSS; una médica residente de Otorrinolaringología (ORL) y una de Neumología (N), quienes realizan su especialidad en un Hospital de alta especialidad perteneciente al sistema de hospitales especializados de la Secretaría de Salud. En éste último caso, la residente de Neumología se contactó sin saber previamente que era del mismo hospital que la residente de ORL. Con las residentes de GO (y otro compañero de ella con quien nos contactó), ORL y Neumología se realizó el estudio piloto.

#### **E. Realización de estudio piloto**

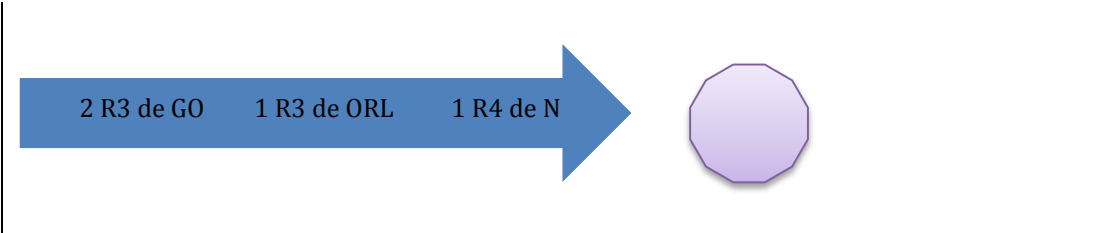
Se realizó un estudio piloto con la finalidad de mejorar la guía de entrevista, es decir, para conocer si al momento de explorar las categorías establecidas previamente, éstas tenían correspondencia con lo expresado en torno al tema por parte de los entrevistados. Asimismo el estudio piloto contribuyó en evaluar si las preguntas detonantes propuestas eran claras y permitían explorar las temáticas de manera respetuosa y cómoda para los participantes.

Este estudio piloto también tuvo como objetivo, explorar las estrategias y recursos para desarrollar las habilidades que implica realizar entrevistas en el contexto de una investigación cualitativa. Así como los aspectos logísticos relacionados con la realización misma de la entrevista, la audiograbación y qué condiciones eran las más favorables para realizar las entrevistas en el contexto de éste estudio.

Con respecto al proceso de transcripción de las entrevistas, el estudio piloto tuvo como objetivo conocer el tiempo invertido en realizar cada transcripción.

**Los hallazgos del estudio piloto fueron los siguientes:**

1. Se realizaron cuatro entrevistas durante el estudio piloto. Una fue realizada a una residente de Ginecoobstetricia que cursa el tercer año de la especialidad (R3). Un residente contactado a través de la primera participante de la misma especialidad y del mismo año. Después se contactó a una residente de Otorrinolaringología que cursa el tercer año (R3). Y finalmente una entrevista realizada a una médica residente de Neumología que cursa el cuarto año (R4).



2. **Necesidad de modificar la Guía de entrevista y agregar dos subcategorías.** Se agregaron dos subcategoría en la categoría de aspectos sociodemográficos (categoría 1). La primera sobre **espiritualidad** para conocer y explorar aspectos como creencias y prácticas espirituales, que de acuerdo a la literatura y de lo expresado por los informantes resulta un factor importante como atenuador en la experiencia del burnout. La segunda en la dimensión de lugar de residencia para conocer y explorar las **redes de apoyo** con las que cuenta cada participante, ya que de igual manera que la religión o espiritualidad, juega un rol importante en la experiencia en torno al burnout, y es necesario explorarla con mayor detalle.

**Categoría 1. Aspectos sociodemográficos**

Espiritualidad	Lugar de residencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo, características y prácticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con quien vive</li> <li>• Redes de apoyo</li> </ul>

**2.1. Modificación de la carta de consentimiento informado.** Se agregó el hecho de pedir autorización de los participantes para acceder a una segunda entrevista en caso de que para fines de la investigación fuera necesario profundizar en algún.

**3. Dificultades en determinar un horario específico para la realización de cada entrevista.** Las dificultades para realizar las entrevistas fueron los impredecibles horarios de los entrevistados, ya que se acordaba lugar, fecha y hora con una semana de anticipación, y se les recordaba una noche antes para confirmación. Llegado el día y hora acordado llegaban aproximadamente 40 minutos tarde, debido a la carga de trabajo que tienen y que no cuentan con horarios fijos.

**4. Dificultades propias de la entrevistadora.** En cuanto a mis recursos como entrevistadora, considero que una de las principales dificultades fue enfrentarme a un contexto de entrevista que es muy distinto del que conocía en el ámbito clínico. Me di cuenta de la importancia en la concentración durante cada entrevista, se requiere estar completamente presente para que la escucha del otro sea auténtica y activa.

**5. Proceso de transcripción.** Se fueron añadiendo estrategias como el uso de audífonos, una computadora extra para facilitar el proceso de transcripción, incluso adecuar el espacio para realizarlas, así como los obstáculos técnicos y tecnológicos para completar el proceso.

## **F. Realización de las entrevistas para el estudio**

Posteriormente se contactó a una Residente de Medicina Familiar, una residente de Audiología y dos residentes de Psiquiatría. A su vez la residente de GO y una residente de ORL nos contactaron con tres de sus colegas para hacerles la invitación de participar en el estudio. En total aceptaron participar once residentes (Ver Figura. 6).

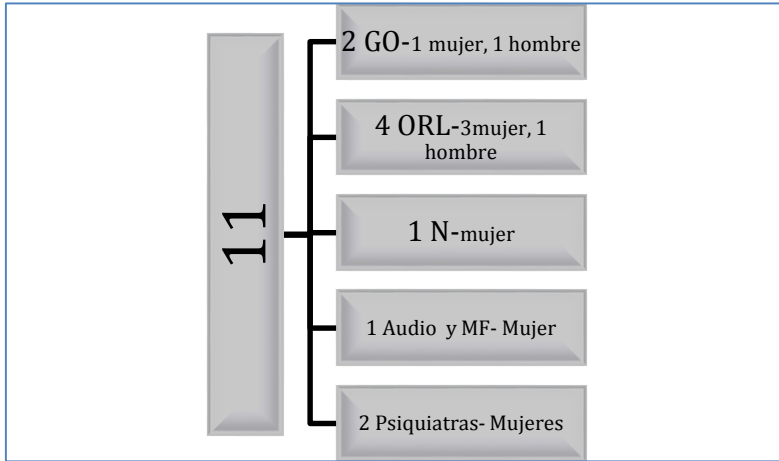


Figura. 6 Total de entrevistados

### G. Proceso de consentimiento informado

La materialización de la aceptación en la participación de los residentes, se llevó a cabo por medio de la firma del formato de consentimiento informado (Ver Anexo B, carta de consentimiento informado y Consideraciones Éticas). Cada entrevista se encuentra resguardada en formato digital en archivos codificados, a los que solo tiene acceso la investigadora principal. Lo mismo procede con respecto a las transcripciones en cuanto a resguardo con clave, a las que tienen acceso la investigadora principal y su tutora.

**G.1.** Se determinó con dos de los participantes al final de la entrevista y posteriormente en consenso con la Dra. Vargas, contactarlos para asistir a una valoración psiquiátrica como un beneficio ante su participación, y a manera de revisión de sus casos como segunda opinión diagnóstica, debido al deterioro en el estado de salud que expresaron y me fue posible observar durante la entrevista. Sin embargo no fue posible contactarlos.

Se realizó una compilación de música relajante, a través de recursos gratuitos disponibles en el portal de Dartmouth College Wellness Center y de Sounds True que ofrece material relacionado con Mindfulness y bienestar emocional en general. Esta búsqueda tardó en concretarse debido a los derechos reservados de algunos materiales por lo que la



compilación musical se entregó en un disco solo a algunos de los residentes contactados durante el estudio.

Además se realizó una hoja informativa breve sobre el burnout (ver Anexo D) que se entregó a residentes médicos en las áreas aledañas a los hospitales que se han visitado para contactar a los participantes.

## **H. Realización de las entrevistas**

La duración aproximada de cada entrevista fue de entre 40-120 minutos, lo cual dependió principalmente de la disponibilidad de tiempo del participante. Se realizaron siete entrevistas en el lugar, fecha y horario que cada uno de los participantes eligió de acuerdo a su disponibilidad de tiempo. Se concertaban las citas para realizar las entrevistas con aproximadamente siete a diez días de anticipación, recordándole a los participantes la fecha, hora y lugar una noche antes. Además de llamarles diez minutos antes, se tuvo especial cuidado para llegar puntualmente a la cita con cada uno de los participantes.

### **Escenario de las entrevistas.**

Los lugares en donde se realizaron las entrevistas fueron de dos tipos: en cafeterías cercanas al domicilio de los médicos participantes y en las instalaciones del hospital en el que realizan la residencia. En estas últimas el lugar fue el dormitorio en horas en la que se encontraba vacío, y en la sala de juntas de residentes.

Para la audiograbación de las entrevistas, se utilizaron dos dispositivos: un teléfono inteligente con aplicación para grabación de audio (i-phone 4) y una audiograbadora digital (modelo ICD-UX51F sony), con batería cargada una noche antes de la entrevista; ambos dispositivos que se encendían una vez iniciada la entrevista.

## **I. Proceso de Transcripción**

Posteriormente se realizó la transcripción textual de cada una de las entrevistas. Que son almacenadas en una computadora portátil y en una carpeta de Dropbox, cada una bajo un código integrado por inicial del pseudónimo seguida del año de residencia en curso y la especialidad por ejemplo: Angelina Residente de tercer año de Ginecoobstetricia (A-R3GO). Únicamente mi asesora y yo tuvimos acceso a las transcripciones para posteriormente realizar el análisis de los textos.

Ejemplo de Transcripción:

MM-R4Psi

29-01-2016

Entrevistadora: Perla

Hora de inicio: 19:15

Duración: 70 minutos

Pseudónimo: Marcela

Contexto:

Marcela fue contactada a través del muestreo por bola de nieve, ya que una de sus colegas residente a quien entrevisté anteriormente me contactó con ella.

Marcela fue muy accesible cuando me presenté con ella para invitarla a participar en el estudio. El mismo día que me presenté de manera personal en su hospital concertamos la fecha y horario que ella tenía disponible, para realizar la entrevista en un lugar cercano a sus actividades. Antes de comenzar la entrevista Marcela y yo caminamos hacia la cafetería y durante esos minutos se generó el rapport adecuado. Así que al llegar a la cafetería y

sentarnos, pude iniciar el proceso de consentimiento informado y dar inicio posteriormente a la entrevista.

Esta entrevista fue realizada en la cafetería al aire libre frente a la plaza de las artes ubicada en el CENART, en un ambiente tranquilo, con poco ruido exterior y en un contexto de confianza y apertura para tocar incluso los temas más delicados como el consumo de sustancias durante las guardias.

E: a ver Marcela ¿Cómo fue que quisiste estudiar esta especialidad en la que estás ahorita?

M: ah, en realidad nunca pensé en Psiquiatría durante la carrera, iba para Geriatria, mi intención siempre fue ser Geriatra pues por situaciones familiares, personales, tuve contacto muy directo con mi abuelo entonces siempre quise ser Geriatra y un año antes de que entro...un año antes de que presento el... ENARM hacen entrada directa a Geriatria y el programa de estudios no estaba como muy bien diseñado.

Entonces como más por cuestiones objetivas digo no me parece una buena opción Geriatria. ¿Y qué especialidades te ofrecen después una subespecialización en ancianos que te guste? pues Psiquiatría y Medicina del dolor ¿no? Y pues pues me gusta mucho hablar con la gente, interactuar. Entonces decidí como intentar para Psiquiatría pero no es que yo naciera y a los cinco años dijera “quiero ser Psiquiatra” ¿no? Fue como algo que fue surgiendo al paso de los años, sobre todo durante la carrera, cuando roté por Psicología médica me encantó. Más que nada fue “feeling” en realidad, no era una convicción así muy arraigada.

### **9.7.1 Codificación**

A continuación describiré los códigos utilizados para el registro auditivo que fue grabado previa autorización de cada participante, así como el código del registro escrito en cada una de las transcripciones a través del procesador de textos Word ®:

- Primera letra del código de resguardo hace referencia al sexo del participante, **M** si la participante se define como mujer y **H** si el participante se define como hombre.
- La segunda letra indica la inicial del pseudónimo del participante
- La tercera letra **R**, indica que se trata de un Residente.
- El cuarto elemento indica con número arábigo el año en curso dentro de la especialidad médica **1, 2, 3 o 4**.
- Y finalmente se indican las iniciales de la especialidad que cursan, a saber: Ginecología y Obstetricia como **GO**, Otorrinolaringología corresponde a **ORL**, Audiología como **A**. Neumología se indica con la letra **N**; Medicina Familiar como **MF** y Psiquiatría como **Psi**.
- Ejemplo:

**MA-R3GO**

## 9.7.2 Formación de Categorías

Cada entrevista cuyo registro inicial se realizó a través de la audiograbación bajo archivos digitales, fue transcrita de manera textual. Posteriormente fue leída en varias ocasiones para separar unidades de texto por categorías mutuamente excluyentes basadas en la guía de entrevista y los objetivos del estudio. A cada categoría le fue asignado un color como se muestra a continuación en la figura 7, en la que se incluyen las subcategorías de análisis que tuvieron como base las dimensiones de la guía de entrevista, y sobre todo la información emergente durante el proceso. Posteriormente se categorizó la información contenida en cada una de las entrevistas, de acuerdo al código cromático asignado. Al término de este proceso, se integró la información categorizada en una hoja de Excel®, para posteriormente concentrar la información, subcategorizar y proceder a realizar la condensación.

<b>Aspectos sociodemográficos</b> 1. Edad, sexo y lugar de nacimiento 2. Con quién vive 3. Especialidad y año	<b>Burnout y su significado</b> 1. Desde la experiencia propia 2. Desde la experiencia de otro colega 3. Desde un conocimiento teórico	<b>Aspectos que detonan el SBO</b> 1. Castigos 2. Trato jerárquico 3. Jornadas extenuantes 4. Convivencia 5. Rol múltiple 6. Particularidades de la especialidad
<b>¿Qué hacen para cuidarse?</b> 1. Redes sociales – apoyo social 2. Prácticas de autocuidado	<b>Consecuencias</b> 1. Desempeño clínico 2. Desempeño académico 3. Relaciones sociales 4. Salud: 4.1 salud física 4.2 salud mental	<b>Necesidades percibidas</b> 1. Académicas 2. Administrativas 3. Infraestructura 4. Reconocimiento y respeto

Figura 7. Categorización

### 9.7.3 Condensación

Para realizar la condensación como parte del análisis centrado en el sentido y que transforma la unidad de análisis (categorización) en unidad de significado (Kvale, 2011), se abrió un archivo por categoría, en el cual se integraron los segmentos de texto de cada una de las entrevistas ya categorizadas, es decir, separadas como unidades de análisis, para resumir el contenido de las mismas y obtener las unidades de significado. Posteriormente se procedió a realizar la condensación, que consistió en parafrasear cada unidad de significado.

Ejemplo de condensación de la categoría Burnout:

#### BURNOUT

Significado. “Estar Tronado”

Los participantes refieren que el burnout es llegar a un punto de disfunción, de “trueno” cuyas manifestaciones son el cansancio extremo, irritabilidad, pérdida del disfrute de la profesión y el aislamiento social ocasionado por otras circunstancias particulares dentro del contexto laboral propio del hospital.

---

M-A-R3GO “Pues siento que ya es como el desgaste, es como acumular cansancio, estrés, preocupaciones; acumular muchas cosas negativas que pues a final de cuentas llegas a un punto en donde dices ya no puedo más, y truenas [...] yo creo que es lo que nosotros conocemos como tronar”

---

H-A-R1ORL “el burnout para ti es que no estás rindiendo al cien por ciento, que si estás sobreviviendo es porque en serio tengas ganas de echarle ganas [...], muchas veces burnout es ya no puedo más, yo siento que sí puedo, voy a sacar la residencia claro que la voy a sacar, ¿pero pues a qué costo?, desgastar mi cuerpo, desgastar mi mente, estar más irritable, a lo mejor sí más frustrado [...]”

H-FRANCISCO-R3GO “bueno burn es quemar no? yo siento que es como un síndrome... lo describiría como algo que te consume”.

---

M-María- R4ORL “Por ejemplo nuestro jefe de que llega a exigir tanto y a dar tan poca recompensa que uno piensa que ya no tiene sentido , que es venir a trabajar sin ganas, es estar todo el tiempo haciendo las cosas no a fuerza pero sí por compromiso, no disfrutar la residencia, estar todo el tiempo cansado así como yo ¿no? que me la pasaba todo el tiempo durmiendo y no hacía ninguna otra cosa que venir a l hospital entonces es estar en una rueda de pues ... ya no importa nada solamente lo hago porque es mi trabajo y ya”.

---

M-Ruth-R2MF “me empecé a tomar muy en serio esos regaños, esos insultos [...] llegaba yo a la casa súper cansada, me dormía y ya no me importaba que tuviera que hacer veinte mil cosas, veinte mil tareas, y a pesar de que lo sabía, que tenía que hacerlo no lo hacía, me quedaba dormida”.

---

M-Marcela-R4Psi “es como la pérdida de la funcionalidad, o de las capacidades laborales, sociales este... intelectuales que tiene una persona cuando se encuentra frente a mucho estrés en su ambiente laboral.[...] la forma que yo tenía de disfuncionar, era no ser socialmente capaz, o sea la forma en la que yo manifesté mi cansancio fue me aisló, no me importa la convivencia, no me importa lo que opine el compañero, cuando en realidad sí me importaba y no, no soy así”.

---

M-Alejandra-R4Psi “pues es una sensación... pues física y mental de agotamiento, de desgano, de estrés, de...que va influyendo en tu funcionamiento ¿no?, o sea que empiezas a tener problemas de concentración, de sueño ¿no? por el estado constante de tensión”.

Se ha descrito el procedimiento que se siguió para la realización de este estudio, a continuación se presenta el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas de los once residentes que participaron durante esta investigación.



## 10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

*Habéis asistido a lo cotidiano, a lo que sucede cada día.*

*Pero os declaramos:*

*Aquello que no es raro, enconradlo extraño.*

*Lo que es habitual, halladlo inexplicable.*

*Que lo común os asombre.*

*Que la regla os parezca un abuso.*

*Y allí donde deis con el abuso ponedle remedio.*

**B. Brecht**

### 10.1 Semblanza de las/los participantes y descripción de aspectos sociodemográficos

Para la realización de este estudio se entrevistaron once residentes, nueve fueron mujeres y dos hombres, de edades entre los veinticinco y treinta y un años, quienes cursaban diversas especialidades como Otorrinolaringología (ORL), Neumología (N), Medicina Familiar (MF), Audiología (Audio), Ginecoobstetricia (GO) y Psiquiatría (Psi). Cinco de ellos son oriundos de estados del interior de la República, que se mudaron a la Ciudad de México para realizar la especialidad médica; el resto son originarios de la Ciudad de México (Ver Tabla 2).

A continuación describo a cada uno de los participantes que generosamente me permitieron entrevistarlos para conocer parte de su experiencia durante la residencia médica. El uso de pseudónimos obedece al resguardo de sus identidades, aunque durante el análisis por categorías me referiré a cada uno de ellos, solo especificando su género, especialidad y el año que se encontraban cursando al momento de la entrevista.

#### **Ana-Residente de tercer año de Ginecoobstetricia (MA-R3GO)**

Ana es de la Ciudad de México, actualmente vive con su familia al sur de la Ciudad, tiene 27 años y cursa el tercer año de la residencia en GO. El hospital en el que realiza la residencia queda a 30-40 minutos de su casa y para llegar ahí, se transporta en auto propio.

Desde niña tuvo contacto con la medicina pues su padre es médico Ginecoobstetra, quien la llevaba a su trabajo. Recuerda que para ella el presenciar un parto y después atenderlo, fue clave en su elección para estudiar medicina y para realizar la especialidad en GO, ya que dice nunca antes haber sentido nada parecido como lo que siente al realizar su trabajo en el hospital. Se siente muy contenta con su elección a pesar de lo difícil y agotador que tal experiencia ha sido en ocasiones para ella, sobre todo en el primer año de la especialidad.

Recientemente ha iniciado una relación afectiva con un médico por lo que comentó se siente muy feliz.

#### **Francisco-Residente de tercer año de Ginecoobstetricia(HF- R3GO)**

Francisco tiene 28 años, es de un pueblo de Jalisco. Desde que realizó su internado de pregrado y hasta la fecha vive en la Ciudad de México. Él, junto con dos de sus compañeros residentes (una mujer y un hombre), comparten una vivienda cerca del hospital en el que realizan la residencia médica, así que llega caminando al hospital. En vacaciones siempre viaja a Jalisco para pasar tiempo con su familia (madre, padre, dos hermanos, de los cuales él es el mayor).

Desde que era estudiante le llamó la atención Neurocirugía y GO, pero finalmente se decidió por GO. Le resulta muy emocionante y conmovedor el hecho de ver nacer a un bebé.

Comentó que su etapa como residente ha causado estragos en su salud, ya que ha subido de peso y recientemente fue diagnosticado con hipertensión arterial, lo cual atribuye al estrés y carga excesiva de trabajo entre otros aspectos, con los que se ha llegado a sentir “consumido”, término que usa para describir el estado de burnout. Además comenta que en algunas ocasiones ha sido castigado por sus superiores, bajo el esquema de las guardias de castigo e insultos. Sin embargo dice, cada médico sabe que así serán las cosas, que la formación médica es así y que hay que superarlo. Aunque comenta que él trata de no reproducir estas actitudes con sus subalternos.

### **Flor- Residente del tercer año de Otorrinolaringología (MF-R3ORL)**

Flor, tiene 27 años. Nació en Puebla donde actualmente vive su familia. Se mudó al D.F. para realizar la especialidad en ORL. Comparte la renta de una casa con una compañera residente y un amigo dedicado a otra profesión (ingeniería). Dice que su interés por estudiar esta especialidad surgió porque le gustaba el área quirúrgica y la idea de que tendría más tiempo disponible. Pero cuando inició el primer año, su percepción cambió. Mencionó que tuvo episodios de migraña recurrentes durante el R1 que atribuye al estrés y privación del sueño. Además menciona que a partir del R2 tuvo un episodio depresivo en tratamiento psiquiátrico hasta la fecha, lo cual afecta su desempeño y la paciencia en su relación con los usuarios a quienes atiende. Comentó que le resulta difícil diferenciar su vida personal de la laboral o académica. Ha vivido algunas prácticas del *currículum oculto*, como realizar tareas que no tienen que ver con su formación como residente a manera de castigo (lavar el baño, barrer el dormitorio, salir tarde). Al momento de la entrevista mencionó que otro factor que le afecta emocionalmente, es la ruptura con su novio.

### **Esther- Residente del cuarto año de la especialidad en Neumología (ME-R3N)**

Esther tiene 28 años, nació en el D.F. Vive con su madre al sur de la ciudad. Para llegar al hospital viaja en transporte público. Menciona que Neumología era su segunda opción. Se enfrentó a situaciones que considera difíciles durante el R1, sobre todo el hecho de rotar en el hospital militar y recibir castigos como llegar antes que sus compañeros, no tener permiso para ir al baño ni para desayunar, ser ridiculizada durante el “pase de visita” y que le fueran escondidos los expedientes clínicos por los internos de pregrado, bajo orden de un residente de mayor jerarquía. Además de que en general, a los residentes no les es permitido usar los elevadores en un hospital que tiene varios pisos. Durante ese mismo año, Esther pensó en renunciar pues se sentía sobrepasada debido a todas las situaciones a las que se enfrentó. Su madre al ver el estado en que se encontraba le sugirió renunciar para entrar el siguiente año. Pero ella al evaluar lo difícil del proceso de selección decidió continuar; y está por concluir en unos meses la especialidad. Durante esta etapa contó con el apoyo de su madre y del proceso psicoterapéutico que inició durante la residencia, aunque lo ha interrumpido por algunos meses.

### **Armando- Residente del primer año de Otorrinolaringología (HA-R1ORL)**

Armando tiene 25 años, nació en la Ciudad de México. Vive solo habitualmente, aunque al momento de la entrevista comentó que su hermano está viviendo con él. Vive cerca del hospital donde realiza la residencia, por lo que llega caminando. Mencionó que está siendo muy difícil y cansado para él esta especialidad, pues no imaginaba que fuera así de demandante. Ha llegado a pensar en cambiarse de hospital pero nunca en dejar la residencia porque esto es lo que le apasiona. Lo que a él más le ha afectado es el hecho de dormir pocas horas, las exigencias y castigos de los residentes de mayor jerarquía. Incluso ha comenzado a tener alucinaciones auditivas, pérdida de memoria y alteraciones motrices que atribuye al estrés y cansancio extremos que siente. Actualmente se encuentra con medicación ya que durante la residencia fue valorado por el servicio de Psiquiatría del hospital. Lo diagnosticaron con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y Síndrome de apnea del sueño leve (SAOS). Durante la entrevista se encontraba ansioso (su manera de hablar era demasiado rápida, se movía constantemente) y muy molesto al platicar de su situación.

### **Ruth-Residente del segundo año de la especialidad en Medicina Familiar (MR-R2MF)**

Ruth tiene 29 años, es originaria de la Ciudad de México. Comparte vivienda con una compañera residente de anestesiología, a la que ve poco por los ritmos distintos en su dinámica de residentes. Vive al sur de la ciudad. Cursa el segundo año de la especialidad en Medicina Familiar aunque anteriormente estuvo durante 10 meses en la especialidad de urgencias, a la que renunció por la excesiva carga de trabajo y maltrato psicológico que vivió, lo cual agudizó el trastorno depresivo mayor que padece a pesar de estar en tratamiento. Al tomar la decisión de renunciar, recibió el apoyo incondicional de sus padres. En la residencia de Medicina Familiar se siente menos estresada y más adaptada. Escogió esta especialidad por el estilo de vida que proporciona al tener menos guardias, más tiempo para realizar otras actividades y las labores preventivas que distinguen a esta especialidad.

### **María-Residente del cuarto año de la especialidad en Otorrinolaringología (MM-R4ORL)**

María tiene 29 años, es originaria de San Luis Potosí, comparte vivienda con un compañero residente. Vive cerca del hospital donde realiza su especialidad por lo que llega caminando. Migró a la Ciudad de México para realizar la especialidad dejando en San Luis Potosí a su familia y amigos, lo cual ha sido difícil para ella, sobre todo cuando cruzó por un episodio de depresión durante el segundo año de la residencia. Durante ese proceso del episodio depresivo narra que tenía deseos de renunciar, que estaba harta y sentía que no valía la pena terminar la especialidad y que llegó a tener muchos problemas con otros residentes, hasta que un compañero suyo le hizo notar que estaba deprimida y la convenció para acudir con un Psiquiatra. Actualmente está cursando el último año de la especialidad.

#### **Marcela- Residente del cuarto año de Psiquiatría (MM-R4Psi)**

Marcela nació en la Ciudad de México y tiene 31 años. Vive al sur de la ciudad en un departamento que comparte con un amigo de profesión ajena a la medicina. Se transporta en auto propio al hospital donde realiza su especialidad y llega en aproximadamente treinta o cuarenta minutos. Marcela narra que su experiencia ha sido difícil no por la carga excesiva de trabajo, sino por los conflictos sociales que ha tenido con algunos de sus compañeros de guardia, sobre todo durante el primer y segundo año de la residencia. Incluso llegó a pagarle a otros compañeros residentes para que hicieran guardias en su lugar ya que los conflictos eran percibidos de tal manera que la hacían sentir muy vulnerable y excluida. Menciona que la actividad física, la psicoterapia y sus redes sociales de apoyo externas al ámbito de la especialidad, fueron lo que la ayudó a superar esos momentos de crisis. De tal forma que estaba en ese momento a unos meses de terminar la especialidad en Psiquiatría.

#### **Mirna- Residente del segundo año de Otorrinolaringología (MM-R2ORL)**

Mirna tiene 25 años, es soltera, nació en la Ciudad de México. Vive sola debido a que el hospital donde realiza la residencia le quedaba muy lejos de su domicilio original, en el cual vivía con su familia. Al momento de la entrevista se encontraba realizando el segundo año de la especialidad en Otorrinolaringología. Ella expresó que en un inicio quiso estudiar la especialidad de cirugía general, sin embargo durante su servicio social observó que las mujeres que se encontraban en ese hospital realizando la especialidad en cirugía le parecían estar todo el tiempo enojadas o deprimidas, por lo que decidió escoger otra especialidad que









le permitiera adquirir habilidades quirúrgicas y mayor disponibilidad de tiempo para dedicarse a realizar otras actividades, fue así como eligió la especialidad de Otorrinolaringología. Aunque comenta que la residencia no ha sido como la imaginaba pues realiza guardias cada tercer día y la carga de trabajo es pesada.

**Alejandra- Residente de la especialidad en Psiquiatría MA-R4PSI**

Alejandra es de Guadalajara, se mudó a la Ciudad de México para realizar la especialidad en Psiquiatría, en la que al momento de la entrevista cursaba el cuarto año. Su edad era de 29 años, compartía vivienda con otro colega residente. Alejandra al momento de la entrevista mencionó tener pareja, quien también realizaba el cuarto año de la misma especialidad que ella. Vivía cerca del hospital y se transportaba caminando. Eligió la especialidad de Psiquiatría por tratar *de entender esto de por qué funcionamos como funcionamos*.

**Brenda- Residente de tercer año en la especialidad de Audiología BM-R3AUDIO**

Nació en Chihuahua y se mudó a la Ciudad de México para realizar la residencia. Al momento de la entrevista tenía 28 años de edad. Mencionó ser casada y vivir con su esposo y otra compañera residente de Ginecoobstetricia. Vivía a unas cuantas cuadras caminando del hospital donde realizaba la residencia. Escogió esa especialidad por persuasión de una amiga audióloga de su mamá, quien le dijo que era una especialidad interesante, sin guardias, y de las más tranquilas en cuanto a la atención de urgencias. Es decir que escogió esa especialidad principalmente porque tendría mayor disponibilidad de tiempo, o manejo de su vida, aunque con menor énfasis también mencionó lo interesante de las enfermedades que aborda esta especialidad.

Informante	Edad (años)	Estado civil	Entidad en la que nació	Vive con	Especialidad	Año de la especialidad	Código
Ana	27		CDMX	Familia	GO	R3	MA-R3GO
Francisco	28		Jalisco	Compañeros residentes	GO	R3	HF-R3GO
Armandop	25		CDMX	Hermano	(ORL)	R1	HA-R1ORL
María	29	S	Sn Luis Potosí	Compañero residente	ORL	R4	MM-R4ORL
Mirna	25		CDMX	Sola	ORL	R2	MM-R2ORL
Flor	27		Puebla	Compañero residente	ORL	R2	MF-R2ORL
Ruth	29		CDMX	Compañera residente	MF	R2	MR-2MF
Marcela	31		CDMX	Con amigo no médico	Psiquiatría (Psi)	R4	MM-R4Psi
Alejandra	29		Guadalajara	Con compañero residente	Psiquiatría (Psi)	R4	MA-R4Psi
Esther	28	S	CDMX	Madre	Neumología (N)	R4	ME-R4N
Brenda	28	C	Chihuahua	Esposo y compañera residente	Audiología (Audio)		




C-casada, S-soltero,  -expresó deseo por tener pareja,  -ruptura de pareja reciente,  -tiene pareja

Tabla 2. Aspectos sociodemográficos de los informantes

## **10.2 CATEGORÍA BURNOUT. ¿Qué es *estar tronado*, *burnouteado*?**

Esta categoría se construyó para describir y analizar los conceptos del Síndrome de burnout (SBO) y por ende el significado desde la subjetividad del residente. De tal manera que a través de la experiencia de las personas entrevistadas, encontramos tres maneras para definir el significado del fenómeno del burnout:

- 1) Definición extraída de la experiencia propia al haber vivido o estar experimentando SBO
- 2) Definición del burnout a partir de la experiencia cercana de un colega
- 3) Definición con base en la conceptualización teórica

### **1) Definición extraída de la experiencia propia al haber vivido o estar experimentando SBO**

Los entrevistados describen el fenómeno del burnout como una sensación de disminución del rendimiento general y pérdida de la funcionalidad en su desempeño, debido a un estado de constante tensión. Esa constante tensión en la cotidianidad, los coloca en un estado de supervivencia que tiene como límite la sensación descrita de *no poder más*, reconocen que existe un límite pero que es posible extenderlo.

Por otro lado los entrevistados describieron el estar *burnauteado* como la incapacidad de rendir en el trabajo y poner atención en sus labores pese al esfuerzo realizado, esto debido a la presencia de cansancio físico y emocional, pues reconocen la presencia de ambos componentes del cansancio como elementos constitutivos del burnout.



*Bueno es un término que incluso usas cuando ya estás muy cansado: “ay ya estoy burnouteado” no? [...]Sí, de esas veces que ya o sea por más que intentas este pues trabajar, poner atención, estar al 100%, pues como que tienes tanto cansancio tanto físico como mental que ya no puedes con lo que tienes que hacer.*

Mujer residente de segundo año de ORL

## 2) Definición del burnout a partir de la experiencia cercana de un colega

Una de las entrevistadas lo define a partir del diagnóstico como tal de burnout de un compañero residente, como un proceso acumulativo de cansancio, estrés y preocupaciones que llevan al individuo a sobrepasar ese límite personal antes mencionado. Lo describe como la acción de tronar, y reconoce esta expresión como un conocimiento colectivizado.

*[...] pues siento que ya es como el desgaste, es como pues acumular cansancio, acumular estrés, acumular preocupaciones, acumular muchas cosas negativas que pues a final de cuentas llegas a un punto en donde dices ya no puedo más, y truenas, o sea pues yo creo que es lo que nosotros conocemos como tronar o sea que de pronto ves a alguien que ya no está bien, nosotros hemos tenido compañeros que, yo he tenido un compañero que tuvo, pues lo diagnosticaron con síndrome de burnout.*

Mujer residente de tercer año. GO

## 3) Definición con base en la conceptualización teórica

Uno de los entrevistados lo define a partir de la palabra *quemar*, extraída de la traducción al español segmentada de la palabra Burnout (burn-out), y lo describe como una sensación que consume al individuo. Otra de las entrevistadas lo describe inicialmente desde la conceptualización teórica de encontrarse sobrepasado en las capacidades físicas y mentales propias para el desempeño laboral, acompañado de una sensación de hartazgo que genera la necesidad de ausentarse, de desligarse por completo un momento de su contexto laboral.

*Sí, bueno burn es quemar ¿no?, yo siento que es como un síndrome... lo describiría como algo que te consume.*

Hombre residente de tercer año GO

Otro aspecto que destacan en la definición del fenómeno del burnout es el hecho de concebirlo como un episodio cíclico, es decir, un evento cuya temporalidad está definida por la duración de un periodo de crisis y la superación de ésta, que tiende a repetirse. Es así que al analizar la manera en la que los participantes dan significado al burnout, el siguiente paso fue conocer y analizar qué factores de la vida cotidiana contribuyen en este padecimiento.

### **10.3 CATEGORÍA ASPECTOS DE LA VIDA COTIDIANA. ¿Qué es lo que me *burnoutea*?**

En esta categoría se exploraron y analizaron los aspectos de la vida cotidiana que contribuyen en el padecimiento del burnout. En el mundo de la vida cotidiana hospitalaria, los residentes entrevistados identificaron aspectos como los castigos, el trato jerárquico, jornadas extenuantes como una de las principales dificultades para satisfacer las necesidades básicas de alimentación y descanso adecuado. Otros aspectos de la cotidianidad que para ellos contribuyen en el desarrollo del burnout fueron la diversidad de roles atribuidos; los conflictos en la convivencia entre pares, médicos adscritos, pacientes y familiares de los pacientes. Así como las particularidades de cada especialidad en las rutinas hospitalarias.

#### **1) Castigos. *¿Si no haces bien las cosas, te voy a castigar!***

Los castigos son percibidos como un proceso natural y cíclico, se da por hecho que son un elemento más de la formación, con lo cual observamos la socialización del sentido común, pues es una práctica normalizada por los residentes. Los castigos tienen una función

pedagógica que trasciende los objetivos académicos, cuya justificación se circunscribe como un elemento que *forja* el carácter del residente. Además dentro del contexto de competitividad que señalan los entrevistados, también se usa como recurso de advertencia o amenaza infantilizadora.

*todo mundo es muy competitivo , es muy dado aquí eso de ¡ay, si no haces bien las cosas, te voy a castigar!*

Residente de ORL, mujer

Para comprender el sentido del castigo como pieza del fenómeno del SBO en los residentes, podemos observar la descripción tipológica de los castigos que a continuación se propone.

Tipología de los castigos desde lo expresado por los entrevistados:

Existen *castigos académicos* cuando el residente no contesta lo que se le pregunta durante las clases o durante el *pase de visita*, es decir, castigos en los que se les asignan tareas extracurriculares como presentar artículos, estudiar un tema para ser presentados al día siguiente en el formato de una clase

*Castigos de tiempo*. Estos castigos los nombran así debido a que consisten en dejarles más tiempo en el hospital, ya sea después de su jornada regular o después de haber tenido guardia, sobre todo el que a decir de los entrevistados es de los más severos es quitarles el fin de semana libre.

*Castigos de humillación*. Pese a que podríamos decir que todo castigo es humillante per se, existen otro tipo de castigos donde ésta característica es más evidente, como lo expresó una de las residentes de Neumología, cuyo castigo consistió en no permitirle bañarse después de tener guardia, ni de ir a desayunar. Otro tipo de castigo es la asignación de tareas de limpieza del área hospitalaria designada para el descanso y realización de notas de los residentes como lo expresó otra de las residentes de ORL.

La existencia de castigos durante la formación del residente, están mediados por el trato jerárquico que existe en el mundo hospitalario, el cual también tiene un papel importante en la aparición del SBO en el médico residente.

Tipología de los castigos	Testimonio
Castigos de Tiempo	<i>[...] por ejemplo de castigos de R2 tienes como beneficio irte de pos guardia, entonces es como lo máspreciado que tienes. Y el castigo pues es quitarte la pos guardia. Entonces quedarte hasta tarde [...] MR-3GO</i>
Castigos Académicos	<i>[...] Los castigos eran académicos, por ejemplo si yo hacía algo me decían ok la semana que entra tú das el artículo o tú vas a dar la clase y [...], y así castigos más fuertes y que quitan tiempo y burnean a la gente, hasta a un compañero por algo que nada que ver lo dejaron castigado dos semanas haciendo todo el pabellón [...] MR-3ORL</i>
Castigos de humillación	<p><i>[...] Yo no tenía permiso para ir a desayunar, ni siquiera para ir al baño. MR-3N</i></p> <p><i>[Refiriéndose los residentes de cuarto año] te veían de posguardia y en el sillón medio haciendo una nota y te decían (eleva ligeramente la voz) “¿ya acabaste?, pues te pones a barrer”, o “limpia el baño” [refiriéndose al cuarto designado para residentes en el que tienen literas para dormir, baño y el área de máquinas para realizar sus notas] MR-2ORL</i></p>

## **2) Trato Jerárquico. Todos sabemos que la medicina y el entrenamiento militar son parecidos**

Los relatos de los entrevistados describen la existencia de un trato jerarquizado por parte de los residentes de años superiores y de médicos adscritos, y que se trata de una jerarquía que tiene movimiento ascendente debido a que las prácticas del trato jerarquizado

son reproducidas por los mismos residentes cuando pasan al siguiente año que representa una posición superior dentro de esa estructura en el mundo de la vida hospitalaria (Ver Fig. 8).



Figura 8. Esquematiza la organización de las jerarquías que fueron mencionadas por los entrevistados en relación al gremio médico.

Los entrevistados mencionan la tendencia de quienes tienen mayor jerarquía a desanimarlos, demeritar su trabajo y humillarlos en público, frente a los pacientes y frente a sus demás compañeros. Describen que el entrenamiento médico se equipara a un entrenamiento militarizado que es normalizado.

*[...] todos sabemos que la medicina y el entrenamiento militar son parecidos, o sea, hay jerarquías[...]*

Hombre residente de primer año de la especialidad de ORL

*[...]Ja mí me tocó a veces que en el R1 me dijeran operando estás bien pendejo [...], y tú lo toleras o sea , o ya sabes a que venías, o al menos yo ya sabía pues.*

Residente de Ginecoobstetricia (tercer año).

En expresiones como “todos sabemos que la medicina “observamos el sentido común socializado, es decir, la distribución social del conocimiento con respecto a lo esperado de la formación médica. Se da por hecho que el maltrato de los superiores está justificado por el simple hecho del poder que la jerarquía concede, dentro de esa estructura.

Además los residentes de años superiores reproducen el maltrato que ellos han vivido, con los residentes de años inferiores, y lo justifican como una medida pedagógica que refleja la continuidad de dichas prácticas como parte de la formación. El maltrato descrito, también es considerado como un factor generador de cansancio, más allá de la jornada extenuante durante las guardias.

*[...] el que te hagan ver como un tonto, o el que te hagan sentir como que no sabes, o el que te minimicen delante de las pacientes, eso es, ni siquiera el estar 48 horas despierto, [48 horas despierto los puedes pasar o con alguien que te esté jodiendo la vida o los puedes pasar con alguien que esté alegrando la vida], créeme que puedes pasar 48 horas felizmente o lo puedes pasar horrible, entonces el cansancio mental que te implica todo eso es lo peor.[...]*

Hombre Residente de Ginecoobstetricia (tercer año).

Emergieron también, otro tipo de prácticas coercitivas a manera de novatadas, como lo que describió una de las entrevistadas en donde fue presionada socialmente por los residentes de mayor jerarquía, para que durante una fiesta<sup>13</sup>, la entrevistada ingiriera alcohol, lo cual le ocasionó una crisis emocional ante la presión social de consumir alcohol y su resistencia personal para no hacerlo, así que ante tal situación fue necesario que ella ideara

---

<sup>13</sup> En esta fiesta únicamente asistieron médicos residentes.

una estrategia para literalmente huir de la fiesta sin que los residentes de mayor jerarquía lo notaran.

### **3) Jornadas extenuantes. *No pude ir al baño ni una sola vez***

El residente permanece dentro del hospital largas jornadas que incluso pueden durar hasta treinta y ocho horas sin descansar cuando realizan servicio de *guardia* o reciben *castigos de tiempo*. Durante estas largas jornadas, se dedican a cumplir las diversas tareas que les absorben e imposibilitan satisfacer necesidades básicas como comer, descansar e incluso ir al sanitario cuando fisiológicamente su cuerpo lo requiere. Existe la exigencia de llevar al límite las capacidades corporales y sus necesidades pues en el caso de la alimentación, los residentes entrevistados, relatan que los horarios del comedor hospitalario, al que tienen acceso, no se adaptan a sus horarios laborales, por lo que recurren a consumir alimentos fuera del hospital con alta carga calórica, cuya fuente principal, es la comida chatarra.

A su vez también narran que la sobrecarga de actividades les impide poder ausentarse para ir al sanitario, y de alguna manera acostumbran a sus cuerpos a silenciar esa necesidad. Por otro lado tampoco les es posible descansar y dormir la cantidad de horas necesarias sobre todo frente a la exigencia que sus actividades como profesionales de la salud les demanda, por lo que la privación crónica de sueño es otro aspecto al que tiene que hacer frente, junto con las consecuencias que ello implica.

*Por lo general el comedor de aquí siempre son cosas muy grasosas y así. O hay veces que los horarios como que son muy difíciles, justo cuando tienes más trabajo es cuando está abierto. Entonces pues por lo general no comes muy bi... o sea, no comes y cuando comes, comes cosas que no son sanas.*

Mujer Residente de segundo año, ORL

*Salgo y me asombro de que no pude ir al baño ni una sola vez, en esa... o que no tomé agua ¿no?...*

Mujer residente de tercer año de GO

#### 4) Convivencia. *Es tu bronca*

La convivencia dentro del mundo hospitalario del residente es el mediador de la intersubjetividad y desde ahí fundamenta la vida cotidiana del residente, en esta construcción desde la convivencia del día a día, se generan aspectos que contribuyen en la aparición del síndrome de burnout.

Los entrevistados mencionan que el hecho de que la convivencia sea tan estrecha entre pares, al vivir gran parte de su tiempo dentro del hospital, contribuye a que los conflictos que se suscitan conviertan la experiencia de la jornada laboral en una aún más pesada, o que les impidan tener espacio de convivencia como grupo ante la alta demanda de actividades.

Además mencionan la ausencia de algún límite perceptible entre la vida laboral y personal como otro factor de desgaste. Y comparan su ritmo de vida con lo que nombraron como una *vida normal*.

*[...] el estar aquí mismo (refiriéndose al hospital durante los años de la residencia) te impide que lleves una vida normal o sea [...] para mí una vida normal es... una vida sin guardias, una vida en la cual tú puedas dormir diario tus ocho horas como lo indican, comer tus tres comidas al día o como menos, como se indica; el tiempo para esparcirte, el tiempo para salir, o sea la vida del residente no es una vida normal.*

Hombre residente de GO, tercer año

En la figura 9 se ilustran cuatro de los aspectos que contribuyen en el padecimiento del SBO de acuerdo a la mirada de los entrevistados.



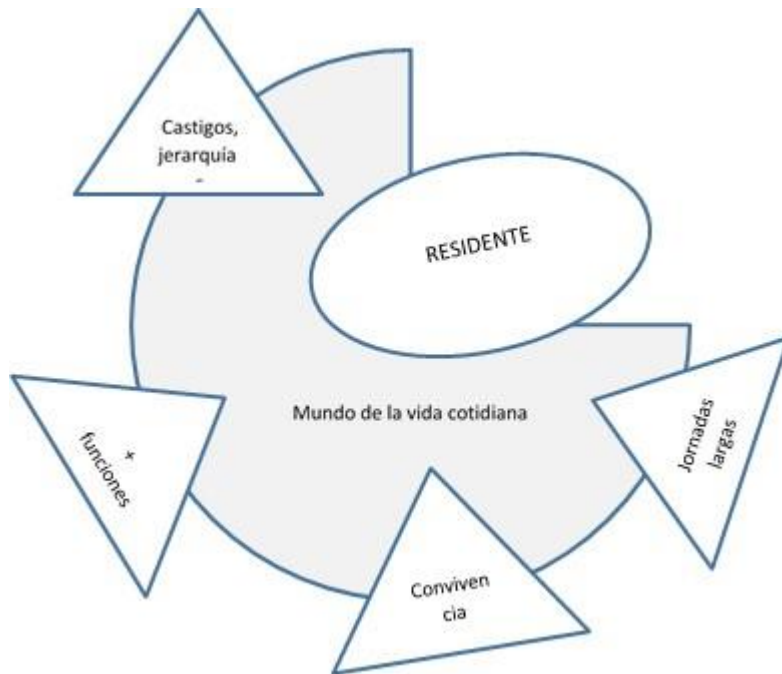


Figura 9. Aspectos que contribuyen en el desarrollo del SBO. *¿Qué es lo que me burnoutea?*

Por otro lado cabe destacar que una de las entrevistadas mencionó haber vivido acoso por el hecho de ser mujer, como otro aspecto de desgaste, que para los objetivos de este estudio no fue contemplado en la guía de entrevista, pero que sin embargo emergió durante esa entrevista específicamente.

*los R1 [...] no logramos realmente unirnos bien, yo creo que por la cantidad de trabajo que tienes [...]. En el momento en el que... pues uno salía regañado o así, los demás pues [...] “es tu bronca”[...]. Nada más te dan palabras de apoyo y ¡ya!, todo sigue igual. Yo creo que eso también contribuía pues al estrés en general.*

Mujer residente de segundo año de Medicina Familiar (cuando estuvo un año como residente de urgencias).

*Entonces el adscrito con el que yo estuve, hacía comentarios un poquito hostiles hacia mí este... [...] yo practico pole dance [...] entonces estábamos con el paciente y el adscrito decía pues imagínese estudiar diez años para terminar siendo teibolera [...] estuve muy cerca, muy muy cerca de demandar a un compañero*

*por acoso de género [...], tuvimos un quiebre muy fuerte para el segundo año y a partir de entonces él decía... este que yo me acostaba con todos.*

Mujer residente de cuarto año de Psiquiatría

### **5) Rol múltiple.** *Todo va sobre el residente*

Durante la formación como especialistas, los residentes deben desempeñar diversas funciones con implicaciones en las áreas académicas, clínicas, administrativas, incluso de limpieza, lo cual los coloca de nuevo en una posición de incertidumbre y constante necesidad de adaptación.

Los entrevistados coincidieron en las adaptaciones que tienen que realizar al inicio de la residencia como recién egresados de la carrera de medicina general, para enfrentarse a un mundo hospitalario de incertidumbre en el que se formarán como especialistas, y donde la exigencia académica los coloca bajo presión constantemente. Además de los continuos cambios de rol que desempeñan a lo largo de la residencia, pues las funciones a realizar son distintas conforme pasan al siguiente año de la formación (Ver fig. 10)

Existe el rol de **estudiante**, en el que el residente debe cumplir con preparar clases, rendir exámenes en cada uno de los servicios clínicos que le son asignados a lo largo de la formación, conocidos como rotaciones, además debe rendir los respectivos exámenes de la universidad que auspicia la especialidad.

Por otro lado existe el rol de **supervisor o tutor** de los residentes de los años inferiores, es decir el R1 es tutorado por el R2, a su vez el R2 es tutorado por el R3 quien a su vez lo es por el R4 en caso de que la especialidad dure cuatro años, ya que algunas especialidades tienen duración de tres años.

Además de esa labor de tutoría, también el residente es responsable de realizar las **labores clínicas** correspondientes a la atención de los pacientes junto con los **trámites administrativos** que ello conlleva, como son integrar los expedientes clínicos con las

historias clínicas, notas de evolución, incluso gestionar interconsultas, horarios de programación de las cirugías que dependen de la disponibilidad de los quirófanos y de los anesthesiólogos.

Asimismo existe el rol de **mediador** entre la institución médica y el usuario<sup>14</sup> de los servicios, junto con los familiares del mismo. Es en este rol de mediador en el que se genera desgaste en la relación intersubjetiva residente- paciente. Pues la saturación de los servicios genera tiempos prolongados en la espera de recibir la atención médica adecuada, lo cual en varias ocasiones genera descontento en los pacientes que los residentes refieren como “pacientes groseros o necios”. Como contraste también dentro del rol de mediador, el residente a veces es el encargado de comunicar noticias como el diagnóstico de alguna enfermedad sin cura o la muerte de algún paciente.

Por lo que todos estos aspectos de la vida cotidiana del residente en el mundo de la vida hospitalaria contribuyen en la vulnerabilidad de padecer Síndrome de burnout, aunado a los demás factores mencionados con anterioridad.

En la siguiente figura se muestran los diversos roles que juegan los residentes en el mundo de la vida hospitalaria (Ver Figura 10).

---

<sup>14</sup> Paciente o Usuario, se usará de manera indistinta. Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.



Figura 10. Roles múltiples del residente

## 6) Particularidades de la especialidad

De acuerdo con los relatos de los residentes entrevistados cada especialidad tiene sus propias particularidades, las que a su vez son elementos constitutivos del fenómeno del burnout que se describen a continuación.

**Audiología Vs ORL.** *Yo no entiendo cómo los de Audio pueden dormir tanto*

A diferencia del resto de las experiencias relatadas por los residentes entrevistados, destaca el hallazgo de la especialidad en Audiología, como una residencia en la que se realizan guardias esporádicas, durante las cuales por la reducida carga de trabajo se tiene tiempo para descansar o estudiar, lo cual genera descontento con la especialidad de ORL que en el caso de la entrevistada, y desde el contexto particular de ese hospital, Audiología y ORL son servicios conjuntos. Por lo que se comparten los espacios destinados a la realización de notas y descanso durante las guardias.

*O sea por ejemplo uno tiene guardia de Audio, tienes a lo mejor uno o dos pacientes, [...] ¿ entonces qué haces?, te duermes, te pones a leer o lo que sea. [...]Entonces siempre sentimos que era cierta envidia (de*

*los residentes de ORL) de que [...] “yo no entiendo cómo los de Audio pueden dormir tanto, o sea duermen todos los días qué pedo con ellos.*

Mujer residente de Audiología, tercer año.

**Neumología.** *La verdad al principio fue mucha discriminación*

En la experiencia de una de las entrevistadas que cursaba la especialidad en Neumología, existía conflicto o descontento entre los residentes debido a los cambios en el plan curricular para ingresar a esta especialidad pues anteriormente se requería cursar dos años en la especialidad de Medicina Interna para después ingresar a Neumología, y ahora se puede ingresar directamente, como sucedió en el caso de nuestra informante. Por lo que expresa haber vivido discriminación por parte de sus compañeros, lo cual se reflejaba en un trato hostil hacia ella.

**Psiquiatría.** *Fue muy shoqueante en ese primer año [...] el contacto con la psicosis*

En el caso de la especialidad de Psiquiatría, de acuerdo a la experiencia narrada por las entrevistadas, existe una exigencia emocional enfática relacionada con la empatía hacia los pacientes, por el tipo de padecimientos que se atienden. Sobre todo en la peculiaridad de las urgencias psiquiátricas, en donde se valora clínicamente a pacientes con psicosis o que han incurrido en algún delito. Esto representa una exigencia particular porque implica un quehacer basado precisamente en desempeñar una escucha atenta y empática. Sin embargo ante la sobrecarga de trabajo, y las especificidades del quehacer cotidiano durante la residencia en Psiquiatría en este hospital en particular, resultaba difícil poder cubrir las exigencias, sobre todo cuando a los residentes se les exigía realizar peritajes legales en torno al estado mental de personas que habían incurrido en algún delito, además de asistir a testificar a los reclusorios.

*[...] aparte del cansancio físico, de la desvelada, la carga es también como una exigencia emocional ¿no? En las guardias del R1 estás veinticuatro horas en urgencias, [...] viendo uno, tras otro, tras otro paciente con depresión, con ansiedad, con esquizofrenia, con experiencias hijole eee... ¡muy horribles!*

Mujer 2, residente de cuarto año, Psiquiatría

*[...] aquí recibimos pacientes, usuarios perdón, que vienen detenidos... ¿no? para valoraciones que nos pide la pgj, ¡eso es horrendo!, (aunque relata posteriormente que ese procedimiento se ha suspendido en la actualidad) [...] yo hice muchos años esas valoraciones, todo el R1 y el R2 esas benditas valoraciones, tuve que ir mil veces a declarar a los reclusorios, ¡horrible!*

Mujer 2, residente de cuarto año, Psiquiatría

## **7) Trámites administrativos**

Se mencionó también que otro tipo de aspectos como los trámites académico-administrativos. Lo puede resultar un factor estresante y por ende condicionante para el Síndrome de burnout en suma con otros factores, son los problemas con respecto a la cancelación, o falta de rotaciones (periodo de tiempo de entrenamiento en diversas áreas médicas según la especialidad que cursan) durante la formación del residente debido a causas de la vinculación académica interinstitucional, como lo describe el siguiente testimonio en el que por un problema de comunicación entre las autoridades del hospital y la UNAM, en el programa académico se canceló una rotación lo que implicó que la entrevistada realizara cambios en su currícula.

*Entonces en la UNAM siempre hay pleito, tuve que dar de baja mis materias [ante la cancelación de una rotación], que me hicieran un cambio de matrícula para que me metieran en el plan antiguo, he dado vueltas a la UNAM a los estúpido o sea he pasado horas ahí, y bueno...como quiera se ha hecho, que sí me estresan los trámites la verdad.*

Mujer Residente de Audiología del tercer año

Como hemos observado, son diversos y complejos los aspectos del mundo de la vida cotidiana del residente que se suman a la experiencia de padecer burnout. Por lo que para comprender mejor este fenómeno, fue necesario explorar las consecuencias que tiene el burnout en la vida de los residentes, es decir, cómo se ve afectado su desempeño clínico,

estado de salud, así como la interacción social, para dar forma al rompecabezas de este padecimiento a través de la voz del sujeto protagonista.

## **10.4 CATEGORÍA CONSECUENCIAS DEL BURNOUT**

El objetivo de esta categoría fue conocer y analizar las consecuencias que el SBO tiene en la vida del residente.

Desde la experiencia de los residentes entrevistados, el burnout ha tenido un efecto deletéreo en la salud física, mental, desempeño clínico, desempeño académico, así como en la manera en que se relacionan entre pares, amigos, familiares y en algunos casos, con la pareja.

**1) La salud física.** *Hay etapas en las que...se la vive uno con infecciones de vías respiratorias*

Los participantes expresaron que su estado de salud física ha sido afectado principalmente por las jornadas extenuantes que conllevan privación crónica de sueño y alimentación deficiente, observan también afectación en la memoria y la motricidad.

Por otro lado han experimentado mayor frecuencia en episodios de infecciones respiratorias y gastrointestinales. Así mismo expresaron haber sufrido exacerbación en padecimientos crónicos, y diagnósticos recientes de otros padecimientos, debido a las particulares condiciones de vida cotidiana en el contexto del mundo hospitalario.

Es común que los entrevistados acudieran al hospital aún al estar enfermos, y que existiera resistencia institucional para otorgarles incapacidad, pues son pilares fundamentales para satisfacer la excesiva demanda de atención en los servicios públicos de salud. Por otro lado el aumento de peso también fue un aspecto a considerar en cuanto al deterioro en el estado general de salud. Los participantes atribuyeron dicho aumento de peso, a la falta de tiempo para ejercitarse o como consecuencia de la inadecuada alimentación. Esta última ya

sea por la ingesta constante de golosinas o alimentos para mantenerse despiertos, o debido al consumo de comida chatarra, y horarios irregulares para alimentarse.

Además el aumento de peso también fue un aspecto de relevancia para algunas de las entrevistadas con relación a su imagen corporal, y como un aspecto de riesgo para otro de los entrevistados, pues fue diagnosticado como hipertenso durante el tercer año de su residencia.

*En una de las guardias estuve enfermo [...] tuve una gastroenteritis infecciosa, me la viví entre el baño vomitando y con diarrea, además un dolor impresionante, tuve que sacar la guardia sólo, porque nadie me ayudó.*

Hombre, residente de primer año, ORL

*Yo antes hacía mucho ejercicio, yo no he vuelto a hacer nada de ejercicio desde que entré a la especialidad y entonces eso hizo que subiera mucho de peso y eso pues también te repercute en cómo te sientes, tu imagen, verte y verte así no es como yo soy siempre no?, ahora estoy gordito y pues no me siento bien gordito*

Mujer residente de tercer año, GO

## **2) Salud mental. A mediados del R2 y R3 tuve un año con depresión**

Para los médicos residentes entrevistados, la salud mental también se vio afectada. Mencionaron experimentar un estado de intermitente irritabilidad, desánimo, cansancio extremo y falta de paciencia sobre todo en la interacción con los pacientes. Lo cual concuerda con las características descritas del síndrome de burnout: Agotamiento emocional, insatisfacción laboral y despersonalización. Por otro lado algunos de los informantes están bajo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico por depresión (tres casos), ansiedad (un caso) y déficit de atención (un caso).

También fue común el exceso en el consumo de alcohol en contextos de fiestas entre pares. Algunos de los entrevistados mencionaron el uso de psicoestimulantes como un recurso para mejorar el rendimiento ante el cansancio extremo debido al inadecuado



descanso. Aquí podemos observar una especie de efecto dominó, pues la sobre exigencia genera que el sujeto utilice recursos externos para expandir sus límites fisiológicos, y así cumplir con la carga cotidiana de todas las actividades que debe realizar en ese mundo hospitalario.

Destaca a su vez, el hecho de que los residentes acuden a buscar ayuda ante su malestar emocional, inicialmente con sus colegas residentes generalmente, aunque a veces sucede a la inversa, es decir, son los compañeros quienes notan el malestar de su colega residente y logran persuadirlo para que consulte a un Psiquiatra, pues como dice uno de ellos *uno como médico es muy renuente.*

*Mi mamá en algún momento dado, sí me vio muy mal, y me dijo que renunciara, [...] y que pues lo volviera a intentar el próximo año.*

Mujer Residente de tercer año, Neumología

### 3) El desempeño académico

El desempeño académico también se ve afectado, los participantes mencionaron cómo su rendimiento para estudiar y memorizar ha sufrido detrimento. Sólo uno de ellos reconoció que su motricidad se ha visto afectada y algunos de ellos mencionaron la importancia del descanso adecuado antes de realizar una cirugía. Todos coincidieron en que la falta de tiempo les impide estudiar al ritmo deseado pues prefieren emplear menos tiempo en ello para descansar, *dormir más y estudiar menos.*

En cuanto al **desempeño clínico** las experiencias de quedarse dormido frente al paciente al momento de la consulta fueron muy comunes, lo describen como algo inevitable ante la privación de sueño durante las guardias, pero de manera enfática señalaron que esto no ha ocasionado que cometan errores al realizar procedimientos quirúrgicos. Reconocen que el cansancio reduce su nivel de paciencia y empatía para con los usuarios. Una de ellas pagó a otros compañeros para que realizaran varias de sus guardias, como una estrategia de recuperación de su nivel de energía y salud mental.

*Yo lo he visto también con mis compañeros, cuando estamos de pos-guardia y en la consulta es más difícil explicar, es más difícil tener paciencia.*

Mujer residente de segundo año, ORL

#### 4) Consecuencias en la interacción con otros

*Ya me llamaron la atención... de que estoy siendo contestón... no soy el único,* expresa uno de los entrevistados y describe que está cada vez más irritable pues lo han castigado en varias ocasiones, lo cual ha reducido aún más su tiempo para descanso, estudio y el poco esparcimiento que pudiera realizar cuando está fuera del hospital. Además coinciden en que *estar de malas*, hace más pesado el trabajo. Por otro lado expresaron que el cansancio extremo les dificulta socializar, por lo que terminan aislándose gradualmente, pues únicamente les apetece dormir. Hecho que para quienes tienen pareja resulta problemático, pues esto reduce el tiempo que pasan juntos.

Además mencionaron que el resto de sus amigos que no son médicos, gradualmente los van relegando debido a que dejan de asistir a las convivencias sociales a las que se les invita. Incluso una de las participantes menciona que existen *tres estados del residente*, que giran en torno a las guardias: estar de **preguardia, guardia y posguardia**.

*La forma en la que yo manifesté mi cansancio fue me aisló, no me importa la convivencia [...]*

Mujer 1 residente de cuarto año, Psiquiatría

Hemos descrito cómo los residentes definen el SBO, qué aspectos de su vida cotidiana influyen en este padecimiento y las consecuencias del mismo. Ahora analizaremos las prácticas que realizan para atenuarlo o evitar su aparición.

## 10.5 CATEGORÍA PRÁCTICAS. ¿Qué hacen para cuidarse?

Al explorar y analizar las prácticas de los residentes para atenuar o prevenir el burnout, destacaron el apoyo recibido por la red social integrada por amigos y familiares; y las prácticas de autocuidado. Así como la autoreflexión para concientizar la necesidad de realmente salir del hospital, no solo corporalmente sino también mentalmente. *Muchas veces sales del hospital pero el hospital no sale de ti*, dijo una de las Residentes de Psiquiatría que fue entrevistada.

El hecho de dedicar el poco tiempo libre en actividades de convivencia, o lectura de temas no relacionados con la medicina fueron aspectos señalados también por los participantes como prácticas que les son benéficas para hacer frente al burnout o evitar su aparición.

Otro elemento que ayuda a mitigar o evita que se genere el burnout es el apoyo entre pares, y la importancia de buscar lo que se tiene en común con los compañeros, ya que la convivencia es muy estrecha debido a la cantidad de tiempo que deben pasar juntos, sobre todo durante las guardias. Aunque de manera contrastante, este aspecto puede ser a su vez un factor que genera burnout, como observamos anteriormente en el análisis de la categoría de aspectos que favorecen la aparición de este padecimiento.

Contar con el apoyo de familiares y amigos es otro aspecto favorable para el residente, sobre todo en aquellos que se mudaron a la Ciudad de México con el objetivo de continuar con sus estudios médicos, como fue el caso de los entrevistados originarios de Chihuahua, San Luis Potosí, Jalisco, Guadalajara y Puebla.

Otra de las prácticas que mencionaron como importantes, fue el dedicar tiempo vacacional o del poco tiempo libre en realizar otras actividades ajenas a la medicina, y dormir, para compensar la privación crónica de sueño, que fue un aspecto fundamental en la cascada de consecuencias que les afectan en diversos niveles.

*Mis días de vacaciones son sagrados, los disfruto desde el primer momento hasta el último, duermo todo lo que puedo, o sea, duermo, el primer día de vacaciones de mi primer periodo vacacional dormí 18 horas continuas, me levanté porque me dieron ganas de orinar.*

Asimismo emergieron prácticas de autocuidado en las que está implicado el cuerpo como mediador de descarga emocional, como el practicar hacer ejercicio, y la búsqueda de estrategias espirituales como el practicar meditación budista. En el caso de la práctica de ejercicio, aunque no todos los entrevistados lo realizan, sí expresaron su anhelo para disponer de tiempo dedicado a este tipo de actividad al reconocerla como una manera de procurarse bienestar.

*[...] cansarme físicamente para mitigar un poquito la sensación de malestar. [...] cuando tenían algún detalle grosero o que yo sentía personal, pues le hablaba a algún amigo, le hablaba a mi novio, le hablaba a mi mamá o...a veces en la posguardia cuando salía muy lábil emocionalmente me iba a correr, correr, correr y era como una forma de despejarme de pensar las cosas.*

Mujer 1 residente de cuarto año de Psiquiatría

*[...] Y es esta parte de tratar de llevar una vida que incluya distraimiento, diversión, ejercicio, cosas que sabes que a ti te ayudan a modular tus emociones. [...] cuando tengo tiempo libre pues lo que usualmente yo hago es... estamos en la casa, vamos a hacer ejercicio.*

Mujer 2, residente del cuarto año de Psiquiatría

Otra de las estrategias de autocuidado que emergieron fue el hecho de recurrir al sentido del humor en el contexto particular hospitalario, que tiene la función claramente de aligerar la rutina de desgaste emocional sobre todo ante las largas jornadas, en contraste con lo que para otras personas que no pertenecen al mundo médico puede representar algo ofensivo.

*[...] alguien externo ve malo ¿no?, que a veces los médicos hacemos como comentarios de risa ¿no? : “ay que este paciente que jijí”, entonces lo toman como ofensivamente ¿no? [...] pero muchas veces el humor o el tratar de sacar cositas así es una herramienta ¿no?, para disminuir esa carga emocional tan estresante o negativa que uno puede tener tras un turno de veinticuatro horas.*

**10.6 CATEGORÍA NECESIDADES *.Puedes ser el Dalai lama pero después de 30 horas despierto, no hay cómo te sientas bien.***

La subjetividad de las necesidades del residente es un reflejo de los aspectos que generan desde su experiencia, el síndrome de burnout, cuyo eje principal es el tiempo. Sus necesidades se relacionan con la reducción de las jornadas laborales, espaciar las guardias. Poner en marcha un filtro en el servicio de urgencias que esté a cargo de un médico para evitar la saturación innecesaria, desde su perspectiva.

*[...] mira yo creo que una de las características más importantes y que ya se ha visto a nivel internacional es disminuir las horas de trabajo, o sea puedes ser la persona más sana mentalmente, puedes ser un... Dalai Lama, puedes ser lo mejor, después de estar dos años seguidos haciendo guardias a-b-c, o sea, después de estar treinta horas despierto no hay cómo te sientas bien.*

Mujer 2 residente de cuarto año, Psiquiatría

Otro aspecto que refieren como una necesidad es el tener un espacio adecuado y seguro para asearse, descansar y guardar sus pertenencias. Así como horarios flexibles en el comedor hospitalario. Parecieran necesidades lógicas, pero a decir de las entrevistadas hay aspectos de la cotidianidad en los que el resguardo de las pertenencias no es el apropiado, pues una de ellas, residente de medicina familiar, mencionó que en el hospital donde realiza sus guardias le han robado a ella y a sus compañeros diversos objetos como instrumentos médicos, tenis, computadoras.

*[...] estamos ahí en la residencia y de repente me quiero parar al baño a las tres de la mañana y tengo que bajar este... hasta allá hasta el vestidor (refiriéndose al vestidor de trabajadores), y el baño está todo cochino y luego tienes que regresar. Y a la hora de bañarse pues igual... ni sirve la regadera, cae así el agua del tubo (ríe) y a veces con agua fría así súper rápido.*

Con relación al área de descanso dos entrevistadas mencionaron que a veces duermen en camas destinadas a los pacientes (cuando están vacías), porque son insuficientes las que les asignan a ellos, y que los colchones *huelan mal*, dijo otra de las entrevistadas. Misma que también habló de la presencia de cucarachas en el baño al que tenía acceso para asearse. Otra de las participantes mencionó que ella y sus compañeros usan los baños y regaderas asignadas a los pacientes pues no disponen de una que sea para uso de los residentes. Por lo que el acceso a un lugar de descanso en condiciones dignas es una necesidad para ellos.

*[...] Se supone que así tengas media hora, una hora para dormir pues al menos sí esperas que sea... un lugar cómodo.*

Mujer residente de segundo año, ORL

En el aspecto académico los participantes destacan la necesidad del trato digno y del reconocimiento de sus logros como clínicos. Asimismo señalaron la importancia del acompañamiento de los médicos de mayor experiencia en el proceso de aprendizaje. Lo expresaron específicamente como la necesidad de que los médicos expertos compartieran sus conocimientos en el formato de clases tradicionales, lo cual también podría disminuir la sobrecarga académica. En el caso de las residentes de Psiquiatría se reflejó la necesidad del acompañamiento de los médicos con mayor experiencia clínica para recibir orientación en cuanto reacciones emocionales que les son evocadas, frente a los padecimientos de los usuarios.

*[...] ese reforzamiento positivo que te da el que un médico de base te diga operaste bien, o hiciste un buen diagnóstico, o que los mismos pacientes te agradezcan por haber atendido su parto, todo eso son reforzamientos positivos que te hacen... lo que ya amas o consolidar ese amor, seguir queriendo y seguir aguantando esto.*

Hombre residente de tercer año, GO

*No hay realmente un apoyo intra-institucional para que tú te orientes [...] un apoyo así como personal, de acompañamiento no existe [...] o sea el llegar y tú en tu RI y tener un adscrito que ya le sabe y decirle oiga doctor es que la verdad este caso me hizo sentir súper mal [...] particularmente es una institución en donde tienes que dar esto pero muchas veces no te dicen cómo darlo [...] ¿Qué estoy haciendo, lo estoy haciendo bien, lo estoy haciendo mal, no sé?.*

Mujer residente de cuarto año, Psiquiatría

A través del análisis realizado podemos tener una comprensión mayor del fenómeno del burnout y de los elementos que conforman la experiencia del mismo, para este grupo de residentes. En el siguiente capítulo se discuten los resultados de este estudio.

## 11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó desde el enfoque de la sociología fenomenológica a través del método cualitativo, que permitió profundizar en el fenómeno del burnout, así como particularizar los hallazgos de la información recabada por medio de entrevistas, desde la mirada de médicos residentes que se encontraban realizando su formación como especialistas, en Hospitales del Sistema Público de Salud de la Ciudad de México.

Este abordaje metodológico permitió conocer cómo es la experiencia del Síndrome de burnout desde la voz del sujeto, en el contexto del mundo de la vida cotidiana (Schutz & Luckman, 2009; Barbosa, et al., 2007) así como los aspectos que contribuyen en la aparición de dicho padecimiento.

Asimismo se analizaron las consecuencias del burnout en la vida de los residentes; las acciones que les permiten atenuarlo o evitar su aparición y las necesidades percibidas para mejorar las condiciones durante ese periodo formativo.

Siguiendo a Schutz, en este estudio se nombra como mundo de la vida hospitalaria del residente (MVHR), al escenario en el que a través del sentido común se comparten los significados (Schutz & Luckman, 2009). Pues existe una relación de intersubjetividad que funge como mediadora en la experiencia de burnout del residente, a través de la distribución social del sentido común (Castro, 2015; Rizo, 2005).

Acerca de la *intencionalidad* para elegir la especialidad (Schutz & Luckman, 2009), los residentes de Ginecoobstetricia, mencionaron como su principal motivación, el gusto por las características de la especialidad en cuanto al desempeño clínico y relacional con las pacientes. En contraste con las residentes de Psiquiatría y Neumología quienes escogieron tales especialidades, motivadas por el interés en los padecimientos que se estudian dentro de esos campos de conocimiento específicos.

Para los participantes de Otorrinolaringología, Medicina Familiar y Audiología coincidieron en que una de las motivaciones determinantes para decidir su especialidad, fue el tener mayor disponibilidad de tiempo, guardias más espaciadas en comparación con otras especialidades, y formarse en habilidades quirúrgicas. Lo cual coincide con lo descrito en la



clasificación de Schwartz y colaboradores sobre las especialidades con *Estilo de Vida Controlable (EVC)* y *No Controlable (EVNC)* (Schwartz, et al., 1990) cuyo aspecto principal en la elección de la especialidad, es la disponibilidad de tiempo, como también señalan Vargas Huicochea y colaboradores (2012) en un estudio realizado en México con estudiantes de medicina. Aunque ninguno de los entrevistados habló sobre el reconocimiento social como un aspecto importante en sus *motivos para* (Schutz & Luckman, 2009) elegir la especialidad (Vargas, et al., 2012).

Con relación a los hallazgos en cuanto a la conceptualización del Síndrome de burnout, los participantes lo describieron a través de tres posicionamientos desde la subjetividad e intersubjetividad.bajo el contexto del mundo de la vida cotidiana (Schutz & Luckman, 2009):

1. Desde el reconocimiento del malestar desde la *experiencia propia*.

2. Desde el reconocimiento del malestar en la *experiencia de alguno de sus compañeros*, esto debido a la convivencia estrecha que provee el *mundo de la vida hospitalaria del residente (MVHR)* y la intersubjetividad mediada por el sentido común compartido.

3. Desde los *conocimientos teóricos* al respecto.

Ahora bien, desde el reconocimiento del malestar a través de la *experiencia propia*, los residentes definieron el burnout como la pérdida de la funcionalidad en el desempeño del día a día, cuyo sensor es lo que describieron como la sensación de *no poder más* que implica un límite, aunque ese límite se viva con la posibilidad de expandirse y sobrepasar las capacidades de su condición humana, lo cual contribuye en la aparición del SBO, aunado a la construcción identitaria en la que enfermar y adoptar el rol de paciente es percibido como símbolo de debilidad y vergüenza. (Thompson, et al. 2001).

Estar *burnouteado*, como también lo nombraron, los incapacita para realizar sus actividades en el **MVHR** ya que dentro de esa sensación de *no poder más*, describen la presencia de cansancio físico y emocional principalmente. Lo cual coincide con la definición del deterioro afectivo que caracteriza la dimensión principal del burnout, el agotamiento

emocional (Gil & Zúñiga, 2010), cuya manifestación se presenta a nivel físico, emocional y cognitivo (Maslach, 2009; Marrau, 2014; Rosales & Rosales-Paneque, 2014). Y que los residentes entrevistados también mencionaron desde su *experiencia propia*, como la incapacidad de poner atención, lo cual refleja la manifestación cognitiva del agotamiento emocional.

Desde la *experiencia propia* de los entrevistados fue muy claro que el principal componente que identifican es el agotamiento emocional al que diversos autores describen como la manifestación temprana del burnout (Kaschka et al., 2011; Alvarado, et al., 2012; Súnier, et al., 2014; Seidler, et al., 2014).

Nuestros participantes nos dejaron ver que el elemento que mayormente influye en su experiencia del burnout, fue la falta de tiempo para satisfacer necesidades básicas como el descanso, la alimentación y la socialización, pues el formato de guardia que rige el desempeño laboral en el mundo de la vida cotidiana, oblitera toda oportunidad de una agenda saludable.

Cabe destacar que para ellos no fueron evidentes las dimensiones de despersonalización ni insatisfacción profesional descritas por Maslach (Maslach, 2001), sin embargo pudimos observar despersonalización expresada bajo el velo de la molestia e impaciencia para con “*los pacientes necios*”, cuyos padecimiento en varias ocasiones no eran considerados como una urgencia desde el criterio del residente. Este hallazgo coincide con las características de los *pacientes de trato difícil* (PD) y su relación con el agotamiento emocional en médicos de atención primaria, del estudio cualitativo realizado por Mas Garriga y colaboradores (Mas-Garriga et al., 2003).

En cuanto a la conceptualización del burnout desde el reconocimiento del malestar en la *experiencia del otro cercano*, a través del puente intersubjetivo, una de las participantes que no reconoció desde su *experiencia propia* haber padecido burnout, lo definió como como un proceso acumulativo de cansancio, estrés y preocupaciones que sobrepasan el límite individual, que nombró como el proceso de *tronar*. Lo cual coincide con el modelo de proceso de Leiter explicado por el desequilibrio entre las exigencias del entorno laboral y la capacidad del individuo para responder a ellas (Leiter, 2008). Además resulta crucial que un

residente pueda identificar cuando otro de sus compañeros está experimentando burnout, pues eso facilita el hecho de solicitar ayuda y contribuye como una acción en pro del bienestar como señalan Blackwelder y colaboradores (2016).

Con el uso de la palabra *tronar*, la entrevistada deja ver la *tipificación lingüística* que siguiendo a Schutz, es un elemento constitutivo de la socialización del sentido común que se comparte en el MVHR; el dar por sentado que “*es lo que nosotros (todos los residentes) conocemos como tronar*”, podemos apreciar lo que Schutz llama reciprocidad de perspectivas, pues desde el sentido común se considera que la realidad experimentada es la misma para los demás residentes pues comparten un mismo contexto (Schutz, & Luckman, 2009; Castro, 2011).

Acerca de la definición del burnout a partir de la *conceptualización teórica*, uno de los entrevistados lo definió a partir de la traducción literal de la palabra del idioma inglés *burn*, quemar, que coincide con la manera en la que se ha traducido al español el síndrome de burnout, como *quemarse por el trabajo* (Gil-Monte & Zúñiga, 2010), que sin embargo sigue siendo problemática ya que no cumple los cinco criterios de Flaherty para la adaptación transcultural (equivalencias semántica, de contenido, técnica, de criterio y conceptual), (Squires, et al., 2014).

Por otro lado, este mismo participante define el burnout *como algo que te consume*, significado que se acerca más a la acepción inicial de burnout, que en el idioma inglés se usaba para describir el estado de deterioro sobre todo físico, que sufrían los pacientes adictos al crack, y que también podría estar relacionado con el término *estar tronado* (Freudenberger, 1974; Doolittle, 2013) como lo definió otra de nuestras entrevistadas, ambos términos fueron usados como *tipificaciones del lenguaje* (Schutz & Luckman, 2009) para nombrar al Síndrome de burnout.

Otra manera para definir el burnout fue el considerarlo como un episodio cíclico cuya temporalidad es de continua repetición, lo cual corresponde con la descripción del carácter crónico que Maslach y Matía han descrito; y que autores como Rosales, Juárez y sus respectivos colaboradores han corroborado (Maslach, 2009; Matía, et al., 2012; Rosales & Rosales-Paneque, 2013; Juárez, et al. 2014), pero a diferencia de estos autores, los

entrevistados no consideran el Síndrome de burnout como un proceso crónico, pues lo describieron como algo que remite cuando se está fuera del MVHR.

Si bien los residentes entrevistados relataron su experiencia en torno al burnout de manera particular desde su inagotable subjetividad, cabe destacar que coinciden en determinados puntos donde la producción de la intersubjetividad siguiendo a Schutz, encuentra convergencias que la definen (Schutz & Luckman, 2009). Los aspectos del MVHR que contribuyen en la experiencia del burnout para los residentes entrevistados, fueron los castigos; el trato jerárquico; las jornadas de extenuantes; la diversidad de roles atribuidos al residente; conflictos en la convivencia con las personas con las que interactúa en la vida cotidiana, como son los demás compañeros residentes, los médicos adscritos, los pacientes y familiares de pacientes (Ver Figura 11).



Figura 11 . Mundo de la vida hospitalaria del residente, MVHR.

Las prácticas formativas ocultas como los castigos y su tipología socializada, así como el maltrato en general, fueron otro de los hallazgos que revelaron ser elementos conformadores de la experiencia del burnout, lo cual se ha descrito en la literatura como *curriculum oculto* que de acuerdo a Lempp y Seale se define como “el conjunto de influencias que funcionan en el nivel de la estructura organizacional y la cultura, incluyendo, por ejemplo, reglas implícitas para sobrevivir a la institución, tales como costumbres, rituales y aspectos que se dan por hecho” (Lempp & Seale, 2004. Pp.770).

Estas reglas y costumbres implícitas forman parte de la experiencia que contribuye en el padecimiento del burnout, pues los entrevistados expresaron que los castigos y los malos tratos que reciben, son un factor que vuelve menos llevadero el día a día dentro del hospital. Sin embargo forman parte del sentido común socializado, es decir, que comparten dentro del MVHR, pues siguiendo a Castro y Casas, el *curriculum oculto* constituye prácticas del quehacer médico que se ejercen desde la convivencia cotidiana en el marco de un trato jerárquico, y que los residentes justifican al señalar de manera normalizadora, que dichas prácticas cumplen una función formativa necesaria del carácter del médico y de su adiestramiento para un buen desempeño (Davis, 2004; Castro, 2011; Casas, Rodríguez, Casas P., Galeana, 2013). Cabe señalar que algunos de ellos no están de acuerdo con la reproducción de estas conductas, con lo que se hace evidente el *habitus médico* descrito en el estudio realizado por Arenas (Arenas, et al., 2004), y Castro, quien nombra a este conjunto de prácticas como el *Habitus médico autoritario* (Castro, 2011). A su vez de acuerdo con Schutz estas prácticas contribuyen en la construcción del *nosotros* (residentes) y así mismo en la conformación de la identidad médica, como lo señalan Consejo y Viesca (2008).

Acercas de las jornadas extenuantes, algunos de los entrevistados señalaron que estas pueden abarcar periodos entre 30 a 38 horas de trabajo continuo. Lo cual supera las 24 horas que establece la normatividad al respecto en nuestro país (Norma Oficial sobre Educación en Salud- NOM-001-SSA3-2012), que además representa un vacío legal pues la Ley Federal del trabajo no regula dichas jornadas (Ley Federal del trabajo, Cap. XVI). Esto a su vez ha generado movilizaciones sociales en defensa de la protección de los derechos humanos de

los residentes sobre todo a través de la difusión vía redes sociales, como el movimiento de *#Yo soy 17*, *#Yo también me dormí*, y peticiones a través de la plataforma de Change.org, en las que la principal demanda ha sido la reducción de la jornada durante las guardias, misma que han retomado legisladores como Macedonio Tamez y Garza Galván, para regular las jornadas de trabajo de los residentes a través de reformas a la Leyes federales de Salud y del Trabajo (Tamez, 2016; Boletín de la LXIII Legislatura, 2016).

Las jornadas extenuantes, de acuerdo con la experiencia de los entrevistados fue uno de los aspectos que genera mayores consecuencias negativas en su estado de salud mental y física, pues implica privación crónica de sueño e irregularidad en los hábitos alimenticios. Aspectos que representan necesidades básicas de la condición humana y que McClafferty y Brown han señalado con respecto a los daños que esto ocasiona el sistema inmunológico, y cardiovascular. Asimismo, la privación crónica de sueño tiene efectos en el desempeño clínico de los residentes ya que ocasiona deterioro cognitivo e implica riesgo para padecer depresión, como lo señalan (Hamiu-Sutton, Barragán, Fuentes, Monsalvo, Fouilloux, 2013; Martínez, et al., 2004).

Por otro lado un aspecto más que contribuye en el burnout de los residentes y que se relaciona de igual manera con las jornadas extenuantes, fue la diversidad de roles que se le atribuyen al residente como lo reporta un estudio cualitativo iraní, realizado con residentes de urgencias en el que uno de los factores que contribuyeron al burnout, fue precisamente la ambigüedad de los deberes por realizar (Kamaloo, et al., 2017). En México, Acosta y colaboradores en un estudio cualitativo también señalaron la existencia de al menos dos roles distintos que tienen que cumplir los residentes (Acosta, et al., 2017).

Todo esto tiene consecuencias en el desempeño clínico de los residentes como señala Jarral y colaboradores (Jarral, Baig, Shetty, & Athanasiou, 2015), hecho que afecta la calidad de la atención que brindan a los usuarios en concordancia con lo señalado en la revisión de la literatura realizada por Ishak y colaboradores (Ishak, et al., 2009). Ejemplo de ello fue que los entrevistados describieron quedarse dormidos mientras estaban dando consulta, sobre todo durante alguna guardia o posterior al día de guardia. A pesar de ello, ninguno de los entrevistados mencionó haber cometido errores durante la prescripción de medicamentos ni

en procedimientos médicos, incluso los participantes reiteraron que la privación de sueño no les afectó en este sentido, hecho que difiere con lo reportado por diversos autores, en cuanto a los errores en el desempeño clínico como consecuencia de la privación crónica de sueño (Blum, et al. 20011; Fahrenkopf, et al., 2008; Hamiu-Sutton, et al., 2013; Jarral, et al., 2015; Wallace, et al., 2009). Entonces, ¿Por qué a pesar de la evidencia al respecto, nuestros entrevistados no reconocieron verse afectados en su desempeño laboral?

La identidad sociohistóricamente construida del médico es ser estoico y suprahumano (Castro, 2014; Consejo & Viesca, 2008; Henderson, et al., 2012; Rodin & Key, 1994) Parte del entrenamiento dentro del *currículum oculto* implica como aprendizaje el hecho de domesticar al cuerpo y sus necesidades (Davis, 2004) por lo que deben tolerar condiciones de vida difíciles sin tener errores ni quejas. Lo que lleva a que probablemente sí reconozcan un impacto en su desempeño que finalmente el *habitus* (Arenas, et al., 2004) construido a partir de esa identidad, los lleva a no reconocerlo. Aunque en esta investigación tenemos el punto de vista únicamente de los residentes, con lo cual no hay forma de corroborarlo con la voz de los pacientes ni de las autoridades.

Lo que sí llegaron a señalar algunos de los entrevistados es que la privación del sueño les ha ocasionado detrimento en su salud física, al exacerbar padecimientos tales como migraña, infecciones respiratorias recurrentes y aumento de peso, como también reporta la revisión sistemática de Kecklund y Axelsson (2016), factor que se agrega al cúmulo de aspectos que conforman la experiencia del burnout, como señala Jarral y colaboradores (2015) en un estudio realizado con residentes de cirugía.

Otro hallazgo importante durante esta investigación fue el hecho de que varios de los informantes padecen trastornos mentales como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ansiedad, depresión y abuso de sustancias lo que coincide con lo señalado por autores como Gascon y Martínez (Gascon, et al., 2014; Martínez, et al., 2004). En dos casos el cuadro depresivo inició durante el segundo año de la residencia, en otra participante el cuadro se agudizó, y en otro de los casos el TDAH fue recién diagnosticado durante la residencia. Con lo que de nuevo observamos el riesgo de salud laboral para los residentes y la necesidad de contar con programas especializados para detectar y tratar a

tiempo estos padecimientos, para preservar la salud de los residentes y la seguridad en cuanto a la atención que brindan a los pacientes (Wallace, et. al., 2009).

No obstante lo comentado en las líneas anteriores sobre la existencia de afecciones en materia de salud mental, y de que la literatura describe una alta prevalencia de padecimientos como el mismo burnout, depresión, ansiedad, adicciones, ideación suicida y suicidio entre la población médica (Daskivich, et al., 2015; McClafferty, & Brown, 2014; Doolittle, 2013; Wachholtz, et al., 2013; Shanafelt, et al., 2012; Jackson, et al., 2012; Martínez, et al., 2005), en general, los residentes entrevistados no percibieron el riesgo que tienen de desarrollar en su persona este tipo de alteraciones e, incluso, emergió en la información, el hecho de que tratan de evadir colocarse en el rol de paciente, pues, probablemente, esto los coloca en una condición de vulnerabilidad que su estatus como profesional de la salud, "no les permite" (Thompson et al., 2001). Además de ello, aquellos que se percatan de estar padeciendo alguna condición mental, retardan el momento de solicitar ayuda médica, aspecto ya también señalado por Wallace y colaboradores (Wallace et al. 2009). Pero es de destacar que, finalmente, quienes sí piden ayuda médica para mitigar los malestares emocionales, suelen presentar menor sintomatología en la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de burnout en comparación con quienes no lo hacen (Romani & Ashkar, 2014), por lo que sería preciso trabajar con esta población en alto riesgo, sobre los mitos de los padecimientos psicológicos y psiquiátricos y los beneficios de una atención adecuada.

En cuanto al consumo de drogas en los entrevistados, no resultó fácil formular la pregunta específica sobre este tema, cabe destacar que fue incómodo para ellos. Algunos admitieron conocer colegas residentes que consumen marihuana, alcohol y psicoestimulantes. Dos de las participantes admitieron consumir estos últimos durante las guardias o cuando tienen que estudiar para algún examen. Lo cual coincide con el fenómeno emergente del abuso de psicoestimulantes o *smart drugs* que actualmente se está observando en las comunidades estudiantiles para mejorar el desempeño académico (Emanuel et al., 2013). Cabe resaltar que en el caso de los residentes, el consumo de psicoestimulantes funge como un recurso ante la privación crónica de sueño y para mitigar las consecuencias de la



misma (Alvarado, Arroyo, Castro, 2012). Aunque también cumple una función de mejora en el desempeño del sujeto como también lo ha señala Fond y colaboradores (Fond, et al., 2016), que está relacionado con las *Tecnologías de la potenciación* siguiendo a Sepúlveda, pues en estos participantes, no se consumen con un fin de medicación ni recreativo (Sepúlveda, 2017).

Este hallazgo también se puede analizar desde el contexto de una práctica de automedicación aun tratándose de médicos en formación de especialidades, sin perder de vista las consecuencias individuales y sociales que conlleva, pues también puede ser un factor detonante de otros problemas de salud mental (Montgomery, Bradley, Rochfort, Panagopoulou, 2011; Emanuel, et al., 2013).

Este conjunto de aspectos que conforman la experiencia del burnout, afectan el desempeño clínico y por tanto la relación con los pacientes, y el servicio que les brindan como anteriormente hemos mencionado.

Acerca de las prácticas de autocuidado para mitigar el burnout o evitarlo, los residentes mencionaron que algo importante es desconectarse del mundo de la medicina y convivir con sus familiares y amigos, por lo que de acuerdo con Raj (2016), la socialización adecuada fue un aspecto importante para mitigar los efectos o evitar el burnout. Asimismo dos entrevistadas mencionaron que para ellas el asistir a psicoterapia ha sido una medida para su bienestar. Otra de ellas practica meditación budista, que de acuerdo a Wallace es una medida que protege frente al burnout pues es parte de las prácticas espirituales que forman parte del autocuidado, y que además puede aplicarse en programas basados en mindfulness para promover el bienestar de los médicos (Martín, Rodríguez, Pujol, Berenguera & Moix, 2013). El tema del ejercicio como un medio de descarga emocional a través del cuerpo, también figuró como una práctica que promueve el bienestar como lo ha descrito Wallace y colaboradores (2009).

Así mismo, el sentido del humor expresado a través de la risa, resultó ser un recurso de autocuidado al ser un elemento de espontaneidad en el diario vivir, como señala Swaminath (2006), y que aligera la carga emocional de lo vivido en el hospital. Por otro lado, siguiendo a Wainer (2009), la risa puede ser una vía para dotar de distintos sentidos a

experiencias cotidianas, como lo que duele o desgasta al residente en la interacción con pacientes y colegas dentro del escenario del hospital. El sentido del humor en este caso, responde a un código interno a partir del sentido común del residente y su reciprocidad de perspectivas con mediación del lenguaje, circunscrito al contexto hospitalario (MVHR).

Con respecto a las necesidades percibidas, enfatizaron en la importancia de reducir los horarios sobre todo en función del espaciamiento de las guardias. Hecho que coincide con lo reportado en países como Estados Unidos y Canadá, sobre la reducción de las horas de trabajo hospitalario para disminuir los errores médicos, garantizar la seguridad del paciente y fomentar el bienestar de los médicos (Levine, Adusumili, Landrigan, 2010; Blum, et al., 2011; Zis, Anagnostopoulos, Sykioti, 2014; ).

A esto cabe agregar, las condiciones en las que se lleva a cabo la residencia médica en esta ciudad, hablando estrictamente de las condiciones socioeconómicas, de infraestructura e inseguridad, ya que son los residentes la fuerza de trabajo principal, de tal manera que si un médico decide realizar la residencia tendrá que desempeñarse bajo condiciones adversas (Ballinas, 2009; Barragán, 2017; Cano & Andradre, 2017; Hernández, 2017; Miranda, 2017; Servín, 2017; Ureste, 2016). Tan es así que tienen que seguir tolerando prácticas del *curriculum oculto* como hemos mencionado. Aunado a esto, vale la pena mencionar que los residentes señalan como una necesidad el reconocimiento de sus logros y la guía de los médicos más experimentados durante su proceso de aprendizaje, aspectos que de acuerdo a Peisah y colaboradores ha mostrado ser un factor que mitiga la aparición del Síndrome de burnout. (Peisah, et al., 2009).

Como en toda investigación, este estudio tuvo limitaciones, entre las más relevantes, encontramos el hecho de haber realizado entrevistas únicamente con participantes de cinco de las especialidades existentes del servicio público de salud. Valdría la pena realizar estudios a futuro en el contexto del servicio privado y de otras especialidades para contrastar con los hallazgos de este estudio.

Otra de las limitaciones es que no se realizó un análisis desde la teoría de género o desde las teorías feministas, lo cual habría sido pertinente al ser un estudio cuya muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres pese a que se trató de contactar a residentes

hombres, sin embargo, no se consideró por no ser parte de los objetivos medulares de esta investigación.

Finalmente, también vale la pena resaltar que, reconocemos que este estudio constituye un punto de partida para ahondar más en el tema, pues el análisis y discusión de cada uno de los hallazgos, siempre puede ser tratado aún con mayor profundidad y desde diversos puntos de vista, por lo que, las reflexiones sobre lo que aquí se presenta son una aproximación de la que se desprenden nuevas interrogantes e inquietudes para futuras investigaciones.

Como fortaleza de esta investigación cabe destacar la capacidad de particularización de los resultados que permitieron profundizar en el contexto local de la experiencia de los participantes. Además reflejaron el panorama general bajo el que sea han descrito los factores más importantes que generan este padecimiento. Se logró conocer la experiencia del burnout inserta en el mundo de la vida cotidiana desde la voz del residente, y los elementos que conforman el sentido común en torno a dicho padecimiento en el contexto de cuatro hospitales públicos de la Ciudad de México con sus respectivas especificidades. Así mismo, se privilegió la profundidad y riqueza en la producción de significados, lo que no habría sido posible conocer a través de otro enfoque metodológico (Bevan, 2014). Además, el recurso de las entrevistas, permitió configurar un espacio de escucha y reflexión para cada uno de los residentes que participaron, tal y como ellos mismos lo manifestaron al quedar sorprendidos con las preguntas y responder: *nunca me había preguntado esto*, o el solicitar más tiempo del que ellos mismos estipularon para la entrevista.

## **Conclusiones**

La experiencia del burnout es un fenómeno global que sin embargo tiene particularidades que responden al contexto social, cultural y económico de cada país, de ahí la riqueza de haber realizado un estudio cualitativo que dio voz a la experiencia en la vida cotidiana de residentes mexicanos acerca de esta problemática.

Además esta investigación pone de manifiesto diversas necesidades no solamente en materia de infraestructura, sino también de aspectos académicos e incluso personales, que hacen necesaria la creación de programas de autocuidado y promoción del bienestar, para ésta población en específico. Pues el rol que llevan a cabo los residentes dentro de los servicios de salud no es menor. Sobre todo debido a la sobrecarga de trabajo que pesa sobre ellos, pues existen efectos alarmantes en su estado de salud como consecuencia de la complejidad de su contexto en el mundo hospitalario. A ello se agrega la posibilidad de realizar cambios en la estructura y funcionamiento del aprendizaje y práctica de la medicina, pues siguen existiendo prácticas de maltrato en razón de la jerarquía y la normalización de un aprendizaje punitivo, que responde al *habitus médico* que resulta urgente modificar.

Uno de los aspectos a resaltar fue la paradoja en el sistema de salud, pues quienes están al cuidado de salud, no tienen tiempo para velar por la propia, como lo reflejó la experiencia de los entrevistados en torno al Síndrome de burnout.

Nuestros participantes nos dejaron ver que de los elementos que mayormente influyen en su experiencia del burnout, el principal fue la falta de tiempo para satisfacer sus necesidades básicas como el descanso, la alimentación y la socialización, pues el formato de guardia que rige el desempeño laboral en el mundo de la vida cotidiana, oblitera toda oportunidad de una agenda saludable.

Aunque los hallazgos de este estudio sólo son un reflejo parcial y particularizable del contexto de los residentes entrevistados, consideramos que sí fue posible obtener información que brinda una visión complementaria, que puede ser de ayuda no solo para la planeación de futuros estudios acerca de este fenómeno en México, sino para la planeación de propuestas que ofrezcan una mejor calidad de vida para el médico en formación que mitiguen el efecto social del fenómeno del burnout.

## **REFLEXIONES FINALES**

La nobleza del método cualitativo, me permitió darme cuenta de a la complejidad de la experiencia de los residentes, en la cual el tema del Síndrome de burnout se vio rebasado, pues tocamos aquí una problemática estructural ligada al contexto que se vive en el país.

Por otro lado, aunque dentro de los objetivos de esta investigación no estuvo realizar clinimetría para determinar si los participantes tenían o no burnout, en un inicio se consideró como una posibilidad, sin embargo se descartó la idea pues el interés principal era dar voz al residente para conocer con mayor profundidad su experiencia cotidiana. Para futuras investigaciones sería conveniente considerar la voz de los pacientes y de las autoridades para tener una visión más completa de este fenómeno.

Será interesante observar en un futuro las repercusiones de las reformas políticas relacionadas con la reducción de los periodos de guardias, las cuales han sido fruto de los movimientos sociales en favor de los derechos humanos de los médicos.

Además considero que deberían existir espacios dentro de los hospitales dedicados a la salud mental de los médicos, para darle la importancia debida al autocuidado, así como para desestigmatizar los padecimientos físicos y emocionales para desmitificar la necesidad del estoicismo médico y validar su condición humana.

A pesar de todas las adversidades mencionadas, los residentes persisten durante su formación por el gusto que tienen por su profesión.

## REFERENCIAS

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.00
- Acosta-Fernández, M., De Los, M., Aguilera-Velasco, Á., Pozos-Radillo, B. E., Torres-López, T. M., Liliana, Y., & Osorio, P. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en Educación Médica*, 6(23), 169–179. <http://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
- Aloe, A. M., Amo, L. C., & Shanahan, M. E. (2014). Classroom Management Self-Efficacy and Burnout: A Multivariate Meta-Analysis. *Educational Psychology Review*, 26, 101-126. <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-013-9244-0>
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental* 34, 481-490.
- Alvarado, V., Arroyo, G., Castro, G. (2012). Impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas de una población de estudiantes de medicina. *Medicina Legal*. Costa Rica. 29(2), 19-38.
- Álvarez-Gayou J L. (2013) Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. 2013, Paidós.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arenas, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez, R., & Bonilla, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46 (4), 326-332.
- Ballinas, V. (Mayo de 2009). Potestan por asalto a mano armada a un doctor afuera del Juárez. *La jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2009/05/12/politica/005n1pol>
- Barbosa, M., Gonçalves, R., Ferreira, FC. (2007). Estudio Bibliométrico sobre disertaciones y tesis en Enfermería con Aproximación Fenomenológica: Tendencia y Perspectiva. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15 (4).
- Barragán, S. (Marzo de 2017). Protestan médicos por muerte de residente en el Hospital 20 de Noviembre. *Aristegui noticias*. Recuperado de <https://aristeguinoticias.com/0903/mexico/protestan-medicos-por-muerte-de-residente-en-el-hospital-20-de-noviembre/>
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, ME., Aparicio, V., Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252–8.
- Bevan M. (2014). A Method of Phenomenological Interviewing. *Qualitative Health Research*, 24(1), 136–144
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.004
- Billings, M. E., Lazarus, M. E., Wenrich, M., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2011). The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(4), 503–510. <http://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00044.1>

- Blackwelder, R., Watson, K.H. & Freedy, J.R. (2016). Physician wellness across the professional spectrum. *Primary Care*, 43 (2), 355– 361. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.004>
- Blum, A. B., Shea, S., Czeisler, C. A., Landrigan, C. P., & Leape, L. (2011). Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. *Nature and Science of Sleep*, 3, 47–85. <http://doi.org/10.2147/NSS.S19649>
- Boletín de la LXIII Legislatura (2016, Septiembre ) Médicos en formación son sometidos a “esclavitud moderna”; trabajan hasta 36 horas continuas: Senadora Silvia Garza Galván Recuperado de <http://www.pan.senado.gob.mx/2016/09/medicos-en-formacion-son-sometidos-a-esclavitud-moderna-trabajan-hasta-36-horas-continuas-senadora-silvia-garza-galvan-2/>
- British Medical Association web site (2014) Recuperado de <https://www.bma.org.uk/>
- Campos- Freire F. (2008). Las redes sociales trastocan los medios de comunicación tradicionales. *Revista Latina de Comunicación*; 63: 287-293.
- Carrillo – Esper, R, Gómez, K. (2012). Síndrome de Burnout en la Práctica Médica. *Medicina Interna Mex*, 28 (6), 579-584.
- Casas P., Rodríguez T., Casas P. I., Galeana C., 2013. Médicos residentes en México: Tradición o humillación. *Medwave* 13 (7).
- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (1), 67-84.
- Castro, R. (2011). Teoría social y salud. Buenos Aires, El lugar editorial y CRIM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167–197.
- Cebria J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferner M, & Segura J. (2008). Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: Estudio longitudinal a los 5 años. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 34(3), 107-112.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis* Thousand Oaks, CA: Sage, ISBN 9780761973539
- Chen, K.-Y., Yang, C.-M., Lien, C.-H., Chiou, H.-Y., Lin, M.-R., Chang, H.-R., & Chiu, W.-T. (2013). Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*, 10(11), 1471–1478. <http://doi.org/10.7150/ijms.6743>
- Chida, Y.; Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. *Biol. Psychol*, 80, 265–278.
- Coleman, J. (1958) Relational Analysis: The Study of Social Organizations with Survey Methods. *Human Organization: Winter*; 17 (4), 28-36. <https://doi.org/10.17730/humo.17.4.q5604m676260q8n7>
- Comunicado Yo Soy Médico 17. (junio de 2014). Portal de Facebook. Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/yo-soy-medico-17/comunicado-yo-soy-medico-17/328176893999152>
- Consiglio, C. (2014). Interpersonal strain at work: A new burnout facet relevant for the health of hospital staff. *Burnout Research*, 1(2), 69-75. doi:10.1016/j.burn.2014.07.002

- Cook, A. F., Arora, V. M., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2014). The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout: *Academic Medicine*, 89(5), 749–754. <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>
- Cumplido, C. R., & Molina, V. C. (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 18(4), 141–148. <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2011.10.003>.
- Daskivich, T. J., Jardine, D. A., Tseng, J., Correa, R., Stagg, B. C., Jacob, K. M., & Harwood, J. L. (2015). Promotion of Wellness and Mental Health Awareness Among Physicians in Training: Perspective of a National, Multispecialty Panel of Residents and Fellows. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(1), 143–147. <http://doi.org/10.4300/JGME-07-01-42>
- Davis Floyd, R, St. John, G. (2004) Del Médico al Sanador. Creavida, Argentina.
- Dewa,C., Loong,D. Bonato,S. Xuan, N.,Jacobs,P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14 (325) <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
- Diaz VA, Chessman A, Johnson AH, Brock CD, Gavin JK. (2015) Balint Groups in Family Medicine Residency Programs: A Follow-Up Study From 1990–2010. *Journal of Family Medicine*, 47(5), 367-372.
- Doctors for Doctors, Wellbeing (2013). Recuperado de <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/doctors-well-being/first-times/coping-with-the-death-of-a-patient>.
- Diario oficial de la Federación relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2014. (26/06/2015).Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5398474&fecha=26/06/2015](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5398474&fecha=26/06/2015).
- Dolittle, B. (2013) Burnout among Physicians. In: *Psychology of Burnout: New Research* (pp 107-120). Nova Science Publishers.
- Doolittle,B., Windish,D., Seelig, C. (2013) Burnout, Coping, and Spirituality Among Internal Medicine Resident Physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5, (2), 257-261.
- Durning, S. J., Costanzo, M., Artino, A. R., Dyrbye, L. N., Beckman, T. J., Schuwirth, L., ... van der Vleuten, C. (2013). Functional Neuroimaging Correlates of Burnout among Internal Medicine Residents and Faculty Members. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 131. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00131>
- Emanuel, R. M., Frellsen, S. L., Kashima, K. J., Sanguino, S. M., Sierles, F. S., & Lazarus, C. J. (2013). Cognitive enhancement drug use among future physicians: Findings from a multi-institutional census of medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 28(8), 1028–1034. <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2249-4>
- Escribá, A. V., & Bernabé, M. Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 487–96.
- Estrada-Saavedra, M. (2000). La vida y el mundo: Distinción conceptual entre el mundo de vida y vida cotidiana. *Sociológica*, 45(43), 103-151.
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnout residents: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 336(7642), 488–491. <http://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Figueredo, H., Gil-Monte, P., Grau, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia*, 29, 6-15.



- Fond, G., Gavaret, M., Vidal, C., Brunel, L., Riveline, J., Micoulaud-Franchi, J., Domenech, P (2016) (Mis)use of Prescribed Stimulants in the Medical Student Community: Motives and Behaviors: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Medicine*, 95(16):e3366  
10.1097/MD.0000000000003366
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn.Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Friberg, T. (2009). Burnout: From Popular Culture to Psychiatric Diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 538–558. <http://doi.org/10.1007/s11013-009-9149-z>
- Gardiner, M., Lovell, G., Wiliamson, P. (2004). Physician you can heal yourself! Cognitive behavioral training reduces stress in GPs. *Journal of Family Practice*, 21, 545-551.
- Gascon, S., Leiter, M., Soares, P. J. P., Cunha, M., Albesa, A., & Montero, M. J. (2014). The role of agresions suffered by Healthcare markers as predictors of Burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
- Giddens, A. (1993). Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires, Amorrortu.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2001). Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*; 44: 33-40.
- Gil-Monte, P., & Zúñiga, C. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Graue, E., Álvarez, R., Sánchez, M. (2007). El Síndrome de Burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Ponencia, Facultad de Medicina, UNAM. [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html)
- Hamui-Sutton, L., Barragán-Pérez, V., Fuentes-García, R., Monsalvo-Obregón, E., Fouilloux-Morales, C. (2013). Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, 81 (4), 317-327.
- Hao, S., Hong, W., Xu, H., Zhou, L., & Xie, Z. (2015). Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences*, 83, 65–71. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.048>
- Haggerty, T. (2013). Physician wellness in rural America: a review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(3), 303–13.
- Helliwell, John F., Richard Layard, and Jeffrey Sachs, eds. (2013). World Happiness Report 2013. NewYork: UNSustainable Development Solutions Network.
- Henderson, M., Brooks, S. K., del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., ... Hatch, S. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *British Medical Journal*, 2(5), e001776. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001776>

- Hernández, V., Fernández, M., Dickinson, M. (2008) El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina*; 15 (01).
- Hernández, S, Hernández, E. (Febrero de 2017). Pediátrico de Moctezuma: Hacinados y sin recursos. *El universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/cdmx/2017/02/7/pediatrico-moctezuma-hacinados-y-sin-recursos>
- Ishak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236–42. <http://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
- Jarral, O. A., Baig, K., Shetty, K., & Athanasiou, T. (2015). Sleep deprivation leads to burnout and cardiothoracic surgeons have to deal with its consequences. *International Journal of Cardiology*, 179, 70–2. <http://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.10.020>
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A., Placencia, O. (2014). Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37, 159-176.
- Kamaloo A., Ahmadipour A., Labbaf A., Hesari E., Valadkhani S., Zebardast J., Arbabi M.(2017). Why Do Emergency Medicine Residents Experience Burn Out? A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(3), 214-218.
- Kaschka, WP., Korczak, D., & Brolch, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(46), 781-787.
- Kecklund, G., Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *British Medical Journal*, 355:i5210. doi: 10.1136/bmj.i5210.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage Publications.
- Leiter, M. P. (2008). A Two Process Model of Burnout and Work Engagement: Distinct Implications of Demands and Values. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, 52-A58.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329(7469), 770–773.
- Levine, A. C., Adusumilli, J., & Landrigan, C. P. (2010). Effects of Reducing or Eliminating Resident Work Shifts over 16 Hours: A Systematic Review. *Sleep*, 33(8), 1043–1053.
- Ley federal del trabajo. DOF 30-11-2012. Diario Oficial de la Federación. México [en línea] Disponible en: [www.personal.unam.mx](http://www.personal.unam.mx)
- López-Morales, F. & González-Velázquez, M. (2007). Síndrome Burnout en Residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3), 233-242
- Magalhães, E., Oliveira, Á. C. M. de S., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., & Vieira, C. V. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout entre los anestesistas del Distrito Federal. *Brazilian Journal of Anesthesiology* (Edición en Español), 65(2), 104–110. <http://doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.017>

- Macon, C., de los Fayos Ruiz, Garces J. (2010). The burnout syndrome: Historical evolution since the employment context to the sports field. *Anales de Psicología*, 26 (1), 169-180.
- Marrau, C. (2004). El Síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, 4(11), 53-68.
- Marruco, C., Gil-Monte, P., Flamenco, E. (2007). Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica*, 91(92), 32-42
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing Qualitative Research* (4 th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martín- Asuero, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Moix Queraltó, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>
- Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*, 48, 191-7.
- Mas- Garriga, X., Cruz-Doménech, JM., Fañanás, N., Allué, A., Zamora- Casas, Viñas, R. (2003). Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria*. 31(4), 214-221.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16, 607-611.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. Current Directions in Psychological Science, *American Psychological Society* 189-192.
- Maslach, C. (2009) Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32); 37-43.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Lieter, M. P. (2001). *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matía, C., Cordero, G., Mediavilla, B., Pereda, R., González, C., González, S. (2014). Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Atención Primaria*, 44, 532-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.02>
- McClafferty, H., Brown, O. W., Section on integrative Medicine, & committee on practice and Ambulatory Medicine. (2014). *Physician Health and Wellness*. *PEDIATRICS*, 134(4), 830-835. <http://doi.org/10.1542/peds.2014-2278>
- Miranda, P. (Febrero 2017). Lamenta IMSS crimen de médico en la Raza. El universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/cdmx/2017/02/24/lamenta-imss-crimen-de-medico-en-la-raza#imagen-1>
- Mondragón Barrios, L. (2012). Experiencias sobre el impacto del Programa de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial en el ámbito de la salud mental y la investigación conductual. *Acta Bioethica*, 18 (1), 69-76.
- Montero, R. E., Hernández, A. C., García, S. F., Ramos, R. J., (2009). Reflexiones sobre el papel del médico en una guardia intrahospitalaria. *Revista Clínica Española*, 209(4), 185-188.
- Montgomery, A., Bradley, C., Rochfort, A., Panagopoulou, E. (2011). A review of self medication in physicians and medical students: *Occupational Medicine*, 61,490-497 <http://doi:10.1093/occmed/kqr098>

- Moore, K., Cooper, C. (1996). Stress in Mental Health Professionals: a Theoretical Overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (2); 82 – 89
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39(5), 341–352. <http://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Moutier, C., Norcross, W., Jong, P., Norman, M., Kirby, B., McGuire, T., & Zisook, S. (2012). The Suicide Prevention and Depression Awareness Program at the University of California, San Diego School of Medicine: *Academic Medicine*, 87(3), 320–326. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824451ad>
- Murofuse, N., Abranches, S., Napoleao, A. (2005). Reflexiones sobre estrés y Burnout y su relación con la enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>.
- NOM-001-SSA3-2012, Norma Oficial mexicana, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. Diario Oficial de la Federación [en línea] (4, enero, 2013) Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013)
- Núñez, Maribel. (2012). Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. *Sociológica (México)*, 27(75), 49-67.
- Palmer Y., Gómez A., Cabrera C., Prince-Velez R., & Searcy R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, 28 (1), 85-91.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., ... Tempiski, P. Z. (2014). Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? *PLoS ONE*, 9(4), e94133. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0094133>
- Peisah C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300-307. doi:10.1080/13607860802459831
- Perea, G. (Junio de 2014). "Somos médicos, no somos criminales", marcha histórica #YoSoy17, en más de 20 estados. *Aristegui noticias*. Recuperado de <https://aristeguinoticias.com/2306/mexico/somos-medicos-no-somos-criminales-marcha-historica-yosoy17-en-mas-de-20-estados/>
- Pereda, T. L., Márquez, C. F., Hoyos, V. M., & Yáñez, Z. M. (2009). Síndrome de Burnout en Médicos y Personal Paramédico. *Salud Mental*, 32; 399–404.
- Petra, M.I., Cortés, M. J, Talayero, U.J., Fouilloux, M. M. (2012). Representación semántica del concepto "humanismo" en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(4); 134.
- Presas, M. (2009) *Del Ser a la Palabra. Ensayos sobre estética, fenomenología y hermenéutica*. Buenos Aires, Biblos.
- Prins J., Hoekstra-Weebers J., Gazendam-Donofrio S., Van De Wiel H., Sprangers F., Jaspers F., Van Der Heijden F. (2007) The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psycholy, Health & Medicine*, 12(1), 1-6.

- Putnik K., de Jong, A., & Verdonk, P. (2011). Road to help-seeking among (dedicated) human service professionals with burnout. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 49-54. doi:10.1016/j.pec.2010.01.004
- Qiao, H. & Schaufeli, W., (2011). The Convergent Validity of Four Burnout Measures in a Chinese Sample: A Confirmatory Factor of Analytic Approach. *Applied Psychology*, 13 (2), 255-261. Recuperado de <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/343.pdf>
- Raj, K. S. (2016). Well-Being in Residency: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(5), 674–684. <http://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00764.1>
- Rajan, p., & Bellare, b. (2011). Work related stress and its anticipated solutions among post-graduate medical resident doctors: a cross-sectional survey conducted at a tertiary municipal hospital in Mumbai, India. *Indian Journal of Medical Sciences*, 65(3), 100–106.
- Ramírez A., Graham J., Richards M. A., Cull A., & Gregory W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724–728.
- Rantanen, J., Feldt, T., Hakanen, J. J., Kokko, K., Huhtala, M., Pulkkinen, I., & Schaufeli, W. (2015). Cross-national and longitudinal investigation of a short measure of workaholism. *Industrial Health*, 53(2), 113–123. <http://doi.org/10.2486/indhealth.2014-0129>
- Riestra J.L. ¡Presenten Iniciativa para reducir la jornada laboral en médicos residentes e internos! México, (s/f) Recuperado de <https://www.change.org/p/reducci%C3%B3n-de-jornada-laboral-de-m%C3%A9dicos-residentes-e-internos-macedoniotamez-mjuan#petition-letter>
- Rizo, M. (2005). La intersubjetividad como eje conceptual para pensar la relación entre comunicación, subjetividad y ciudad. *Razón y Palabra*, 47.
- Rodin, A. E., & Key, J. D. (1994). William Osler and Aequanimitas: an appraisal of his reactions to adversity. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(12), 758–763.
- Rojas B., M., & Zapata H., J., & Grisales R., H. (2009). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación superior, Medellín, 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (2), 198-210.
- Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(0). <http://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Rosales Y., & Rosales-Paneque F. (2012). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*, 36(4), 337-345.
- Ross, S., von Fragstein, M., & Cleland, J. (2011). Medical students' illness-related cognitions: Medical students' illness-related cognitions. *Medical Education*, 45(12), 1241-1250. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04079.x
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Verbeek, J.(2008) Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus.Oxford; 4.
- Sablik Z, Samborska-Sablik A, Drożdż J. (2013). Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives Of Medical Science*, 9(3), 398-403.
- Sánchez, S., Mahmoudi, I., Camonin, D., & Novella, J. L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6, 175–183.
- Sánchez-Nieto, J., Miguel J. (2012). Frecuencia del Burnout en Policías de la Ciudad de México. *Lberalit. Revista de Psicología*, 18.

- Sandín-Vázquez, M., & Conde P. (2011a). Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 256-263. doi:10.1016/j.cali.2011.03.006
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. a., & Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23(2), 155–172. <http://doi.org/10.1080/02678370902834021>
- Schwartz, R. W., Haley, J. V., Williams, C., Jarecky, R. K., Strodel, W. E., Young, B., & Griffen, W. O. (1990). The Controllable Lifestyle Factor and Students' Attitudes about Specialty Selection. *Academic Medicine*, 207–210.
- Schutz, A. & Luckman (2009). Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires, Amorrortu.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(1), 10. doi:10.1186/1745-6673-9-10
- Sepúlveda-Galeas, M (2017) Proceso de subjetivación en torno al consumo recreativo de nuevas sustancias psicoactivas: Conferencia magistral XXXII RAI, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Servín, M. (Mayo de 2017). Protestan por la inseguridad médicos del hospital Juárez. *La jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2017/05/17/capital/039n3cap>
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
- Slavin, S. J., Schindler, D. L., & Chibnall, J. T. (2014). Medical Student Mental Health 3.0: Improving Student Wellness Through Curricular Changes. *Academic Medicine*, 89(4), 573–577. <http://doi.org/10.1097/ACM.000000000000166>
- Smith, D.E. (1974). The free clinic movement in the United States. *Medical Journal of Australia*, 2 (4 Suppl), 34-36
- Soler-Ferrería, F. B., Sánchez-Meca, J., López-Navarro, J. M., & Navarro-Mateu, F. (2014). Neuroticismo y trastorno por estrés postraumático: un estudio meta-analítico. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 17–36. <http://doi.org/10.4321/S1135-57272014000100003>
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katić, M., Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Squires, A., Finlayson, C., Gerchow, L., Cimiotti, J. P., Matthews, A., Schwendimann, R., Sermeus, W. (2014). Methodological considerations when translating «burnout». *Burnout Research*, 1(2), 59-68. doi:10.1016/j.burn.2014.07.001
- Stavroula, L. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores no. 3. Institute of Work, Health & Organisations. World Health Organisation.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain

- and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89. doi:10.1016/j.burn.2014.07.004
- Swaminath, G. (2006). "Joke's A Part": In defence of humour. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(3), 177-180. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.31581>
- Tamez M, Propuesta de acuerdo para mejorar las condiciones de médicos internos y residentes. México, Cámara de Diputados. (Enero 2 de 2016). Recuperado de <https://www.change.org/p/reducci%C3%B3n-de-jornada-laboral-de-m%C3%A9dicos-residentes-e-internos-macedoniotamez-mjuan/responses/32438>
- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1984.
- Thompson, W. T., Cupples, M. E., Sibbett, C. H., Skan, D. I., & Bradley, T. (2001). Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *British Medical Journal*, 323(7315), 728-731.
- Tijdink, J. K., Vergouwen, A. C., & Smulders, Y. M. (2014). Emotional exhaustion and burnout among medical professors; a nationwide survey. *BMC Medical Education*, 14, 183. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-14-183>
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The Association between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 344-362. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.344>
- Trankle, S. A. (2014). Decisions that hasten death: double effect and the experiences of physicians in Australia. *BMC Medical Ethics*, 15, 26. <http://doi.org/10.1186/1472-6939-15-26>
- The Discipline and Practice of Qualitative Research. (2005). En Denzin Norman & Lincoln Ivonna, *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3a ed.). California: SAGE Publications.
- Vargas-Huicochea, I., Muggenburg, M.E., Palacios, J., & Heinze, G. (2012). Preferencias de especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM: ¿En qué lugar se ubica la Psiquiatría? *Salud mental*, 35(6), 465-473. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600003&lng=es&tlng=es)
- Wachholtz, A., & Rogoff, M. (2013). The relationship between spirituality and burnout among medical students. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1(2), 83-91. <http://doi.org/10.5455/jcme.20130104060612>
- Wainer, R. (2009). Sobre acciones, silencios y un sentido de humor particular en un equipo de cuidados paliativos. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4 (3), 409-442.
- Waldman, S. V., Diez, J.C., Arazi, H.C., Linetzky, B. Guinjoan, S., Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic. Psychiatry*, 33; 296-301
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714-1721. doi:10.1016/S0140-6736 (09)61424-0
- Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., & Gottlieb, M. (2001). A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 19-23
- Whitehead, R. P. (2014). The lived experience of physicians dealing with patient death. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4, 271-276. <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000326>.

- Wu, S., Zhu, W., Li, H., Lin, S., Chai, W. and Wang, X. (2012), Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal. Industrial Medicine*, 55: 1000–1008. doi: 10.1002/ajim.22097
- Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal*, 2014, 673279. <http://doi.org/10.1155/2014/673279>



# ANEXOS

## Anexo A. Guía de entrevista

### PRESENTACIÓN

Buenos días (tardes), soy Perla Cigarroa (médica cirujana), me encuentro cursando la maestría en Ciencias de la Salud de la UNAM.

Te agradezco por el tiempo que generosamente me has destinado para poder platicar y realizar esta entrevista como parte del proyecto de investigación que estoy llevando a cabo.

El propósito es conocer cómo ha sido para ti el proceso de realizar una especialidad con el único fin de conocer tu experiencia como residente en relación al desgaste profesional. Para tener conocimiento y herramientas específicas que nos permitan aportar conocimientos que en un futuro sean útiles para su prevención. Será una conversación a manera de entrevista, esto no es un examen, no es un interrogatorio y me gustaría que te sintieras en libertad durante nuestra conversación.

En cuanto a los aspectos éticos, estos se incluyen en el formato de Consentimiento informado (confidencialidad, privacidad, libertad para contestar o no, o retirarse de la entrevista, beneficios indirectos se encuentran en el Anexo B).

### Objetivo General

Conocer la experiencia del síndrome de burnout, en médicos residentes en la Ciudad de México.

### Categoría 1. Aspectos sociodemográficos y académicos

#### Dimensiones

- 1.1 Edad
- 1.2 Estado civil
- 1.3 Práctica espiritual
- 1.4 Lugar de nacimiento
- 1.5 Lugar de residencia
  - 1.5.1 Con quién vive
  - 1.5.2. Redes de apoyo
- 1.6 hospital donde realiza residencia médica.

#### Objetivo

Conocer las características sociodemográficas de los participantes y el lugar donde realizan la residencia médica.

### **Preguntas detonantes**

Ya para concluir...

¿Cuál es tu edad, tienes pareja actualmente, tienes hijos?

¿Practicar alguna religión, filosofía espiritual o algo por el estilo?

Actualmente dónde vives... Desde cuándo... En el caso de los de provincia, desde hace cuánto no viven con su familia...

¿Vives solo/a o compartes la vivienda? ¿Cómo te llevas con tus compañeros (para estudiar, fiesta, aspectos más íntimos)?

Con quién más convive

¿Cuánto tiempo ocupas para desplazarte al hospital donde realizas la residencia?

### **Categoría 2. Burnout**

Dimensiones

2.1 Concepto

2.2 Experiencia

2.3 Identificación de las dimensiones

Objetivo:

- a) Describir y analizar los conceptos de burnout.

### **Preguntas detonantes**

¿Puedes contarme cómo te interesaste por estudiar medicina?

¿Cómo fue que elegiste esta residencia que cursas actualmente?

¿Cómo ha sido tu experiencia como médico en formación?

¿Conoces qué es el síndrome de burnout, podrías describir sus características?

¿Durante tu formación has conocido a alguien que se encontrara en estado de burnout?

### **Categoría 3. Factores detonantes**

En esta categoría exploraré los factores que influyen en la aparición del burnout.

**Dimensiones**

3.1 Qué influye en su aparición

3.2 Evolución

### 3.3 Características o síntomas

#### **Objetivo**

Conocer y analizar los aspectos del contexto hospitalario, académico y personal que influyen en la aparición del burnout

#### **Preguntas detonantes**

#### **Categoría 4.** Impacto del burnout en la vida (cotidiana)

##### Dimensiones

4.1 Impacto en la esfera académica

4.2. Impacto en las relaciones interpersonales

4.3 Consumo de sustancias

4.4 Impacto en la salud física y mental

##### Objetivo

c) Conocer y analizar de qué manera afecta el burnout en la vida personal y profesional.

##### Preguntas detonantes

¿Cómo describirías un día en el hospital?

¿Cómo es un día de guardia para ... Z,

¿Qué aspectos crees que influyen o podrían influir para padecer burnout en general?

¿Qué aspectos crees que influyen o podrían influir para padecer burnout durante la residencia?

¿Podrías describir cuáles son tus labores como residente en este hospital?

¿Cómo es un día común, un día libre, pláticame acerca de esos días, qué haces?

¿Cuánto dura tu jornada, cómo te relacionas con los pacientes, qué es lo más pesado, haces algo para mitigar eso que te parece lo más pesado durante un día de guardia, y sería distinto en un día común?

¿Podrías describir cómo es la relación con tus compañeros de trabajo?

¿Has realizado algo en especial para mejorar tu desempeño académico, ahora durante la residencia “cómo le haces” para cumplir tus labores?

¿Cómo describirías tu interacción con los pacientes, cómo te llevas con ellos, alguna vez has tenido dificultades con algún paciente o sus familiares?

¿Cómo es un día tranquilo?

¿Cómo es un día común cuando te toca fin libre?

¿Cómo es un día cuando estás en casa?

¿Cómo sería un día perfecto para ti?

#### **Categoría 5.** Prácticas de atención para enfrentar el burnout

##### Dimensiones

4.1 Momento de búsqueda

4.2 Factores motivadores de la búsqueda

4.3 Expectativas

4.4 Resultados

NOTA: Esto se indagará para cada una de las prácticas de atención

#### **Objetivo**

d) Conocer las prácticas de atención a las que recurren los médicos residentes, para hacer frente al síndrome de burnout.

##### Preguntas detonantes

¿Durante la licenciatura cómo era tu rutina, hacías algo para mejorar tu desempeño como estudiante, ahora haces algo en especial mientras cursas la residencia?

¿Cómo cuidas de tu salud?

¿Has enfermado durante la residencia, Qué sueles hacer cuando enfermas?

¿A quién acudes cuando enfermas?

#### **Categoría 6.** Necesidades sentidas para afrontar el burnout

##### Dimensiones

5.1. Apoyo social

5.2 Reconocimiento

5.3 Servicios de atención y apoyo

#### **Objetivo**

a) Conocer y analizar las necesidades de la población de médicos residentes en nuestro país, para afrontar el burnout.

##### Preguntas detonantes

¿Cómo cuidas de tu salud?

¿Cuáles serían las condiciones ideales para realizar una residencia desde tu perspectiva?

¿Cómo sería un día perfecto para ti?

¿Cómo sería un día perfecto dentro del hospital desde tu perspectiva?

¿Qué consideras necesario para que tu desempeño como médico residente sea óptimo?

#### **Formas de ser o maneras de afrontamiento**

a) Autopercepción de las características propias de la personalidad:

¿Cómo te consideras en cuanto a personalidad?

¿Cómo es tu forma de ser?

b) Formas de hacerle frente a los estresores:

¿Puedes platicarme qué haces cuando te sientes sobrepasado en tus tareas cotidianas?

¿Qué haces cuando algo te estresa?

¿Cómo reacciones ante alguna situación que consideres difícil o agobiante?

#### **Cierre de la entrevista**

Nuevamente quiero agradecerte el tiempo y la confianza que me brindaste durante ésta entrevista. ¿Existe algo que quisieras agregar o comentar que consideres importante y que no se tocó durante este tiempo que conversamos?, si no es el caso, te agradezco por tu tiempo y participación.

Buen día/tarde/noche.

## Anexo B. Formato de consentimiento informado



### Consentimiento Informado

Título de la investigación: Experiencia del síndrome de burnout en médicos residentes de la Ciudad de México

Hola, mi nombre es Perla Cigarroa Vázquez, soy alumna del programa de maestría en Ciencias de la Salud de la UNAM. Estoy realizando un proyecto de investigación acerca del Síndrome de Burnout en médicos residentes en la Ciudad de México, con el propósito de conocer (como perciben el burnout y que hacen para evitarlo, para hacerle frente) qué factores consideran que intervienen en la aparición del burnout, así como las acciones que realizan para prevenirlo o afrontarlo.

**Como actualmente cursas la residencia**, me gustaría invitarte a participar en esta investigación. La participación consiste en realizar una entrevista, con duración de 60 minutos aproximadamente, en el lugar y en el horario que tú tengas disponible, y en caso necesario realizar una segunda entrevista.

Este estudio podría beneficiarte de manera indirecta pues permitirá contribuir con conocimiento acerca de esta problemática en los médicos residentes en el contexto de hospitales públicos de la Ciudad de México, y con ello más adelante poder diseñar estrategias específicas de prevención para los médicos en formación acordes a sus necesidades particulares.

**La entrevista** puede ser audiograbada, con el único fin de no perder detalle de lo que platiemos y poder realizar la transcripción necesaria para el análisis de la información, siempre y cuando tú lo autorices.

¿Autorizas que se grabe la entrevista? Sí  No

Toda la información que compartas conmigo como son tus datos personales y anécdotas de vida se manejarán de manera **confidencial**. Podemos usar un pseudónimo que tú elijas durante la realización de la entrevista. Quiero aclarar que nadie a excepción de las investigadoras tendrá acceso a la información, y los datos que ahora grabo serán transcritos en un registro escrito para el cual usaré un código numérico como identificador.

Si durante la entrevista llegas a sentir incomodidad ante ciertas preguntas o experiencias que vas recordando, puedes sentirte en plena confianza para omitir hablar de ello, parar la entrevista o abandonar el estudio, es decir puedes retirar tu consentimiento en la participación, si así lo decides, sin que ello implique algún problema.

**Tu participación en este estudio es voluntaria y libre.** Cabe mencionar que este estudio es independiente de los procesos administrativos y académicos de la UNAM y, de tu programa de posgrado, así que puedes o no participar y ello no afectará ni dará beneficio alguno durante tus trámites. En caso de que aceptes concederme la entrevista, será necesario que autorices con tu nombre y firma este formato del cual te entregaré una copia y tendrás mis datos para cualquier duda o comentario que tengas al respecto.

Recibí la información verbal y escrita acerca de este estudio y acepto participar:

Nombre y firma del participante \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la investigadora cargo \_\_\_\_\_

Investigadora a cargo

Perla A. Cigarroa Vázquez

Tel cel: 04455-23-30-4791

E mail: [pperla.cigarroa@gmail.com](mailto:pperla.cigarroa@gmail.com)

Asesora: Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Investigadora en Ciencias Médicas INPRFM

Tel: 41-60-53-54

[invarhu@imp.edu.mx](mailto:invarhu@imp.edu.mx)

**Anexo C. Carta de aprobación del Comité de Ética en la Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**Comité de Ética en Investigación**

"2015, Año del Generalísimo  
José María Morelos y Pavón"

Ref: CEI/C/062/2015.

Septiembre 7, 2015


Dra. Perla Adriana Cigarroa Vázquez  
Investigador Principal  
Presente

Por este medio me permito informarle que el proyecto titulado: "Experiencia del síndrome de burnout en médicos residentes de la Ciudad de México", el cual se llevará a cabo en la Ciudad de México D.F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación y consentimiento informado.

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN  
**APROBADO**

  
Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas.-Presente.  
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente



## **Anexo D. Glosario de abreviaturas**

### **A**

Audio- Audiología

### **E**

EVC- Estilo de vida controlable

EVNC-Estilo de vida no controlable

### **G**

GO- Ginecoobstetricia

### **M**

MF- Medicina Familiar

MBI- Maslach Burnout Inventory

MBI-HSS- Maslach Burnout Inventory Human services survey

MVH- Mundo de la vida hospitalaria

### **N**

N- Neumología

### **O**

ORL- Otorrinolaringología

### **P**

PD- Pacientes difíciles

Psi-Psiquiatría

### **S**

SBO – Síndrome de Burnout

## Anexo E. Hoja informativa



### El Síndrome de Burnout

- Es un padecimiento psicosocial de desarrollo progresivo
  - Se manifiesta como una respuesta al estrés crónico en el ambiente de trabajo,
  - Se presenta en oficios que implican servicios o trato directo con otras personas principalmente
- Son más vulnerables los prestadores de servicios de salud.

¿Cuáles son sus características?

- se caracteriza por **agotamiento emocional**,
- actitud de distanciamiento o **frialdad en el trato** con los demás y
- sensación de **insatisfacción con el trabajo** que se realiza.



¿Cuáles son sus consecuencias?

- Afecta la salud mental y física y por tanto la calidad de vida y desempeño laboral de quien lo padece.
- Es decir, que tiene un impacto a nivel individual y social.

Médicos residentes

Si a esto sumamos las exigencias académicas y laborales que tiene el médico residente durante su formación, esto añade aún más un riesgo a su salud y por tanto en el desarrollo del burnout.

Por esto, es necesario contar con estudios que contribuyan a una mejor comprensión de esta problemática en los médicos residentes dentro de nuestro contexto social actual. Así como desarrollar **redes de apoyo y estrategias de autocuidado** para identificarlo, prevenirlo y tratarlo.

Estudio sobre la experiencia del burnout en médicos residentes de la Ciudad de México

Investigadora a cargo

Programa de Maestría en Ciencias de la Salud. UNAM

Perla A. Cigarroa Vázquez

Tel cel: 04455-23-30-4791 E mail: [pperla.cigarroa@gmail.com](mailto:pperla.cigarroa@gmail.com)

Asesora: Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Investigadora en Ciencias Médicas INPRFM

Tel. ofi. 41-60-53-54 E mail: [invarhu@imp.edu.mx](mailto:invarhu@imp.edu.mx)

