



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Asociación de “burnout” con las variables
de resiliencia y satisfacción del usuario en
estudiantes y personal de medicina y
enfermería.**

Tesis
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

Presenta

Ricardo Iván Figueroa García

DIRECTOR:

Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología*

COMITÉ:

Lic. María Eugenia Plata Muñoz, *F.E.S. Zaragoza*
Lic. Alejandro Chong Pèrez Gallardo, *F.E.S. Zaragoza*
Mtro. Angel Francisco García Pacheco, *F.E.S. Zaragoza*
Dra. Fabiola Itzel Villa George, *F.E.S. Zaragoza*



CDMX, Octubre 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este estudio formó parte de una investigación financiada por el *Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica* (PAPIIT-UNAM), titulada “Evaluación e Intervención psicológica y organizacional sobre el burnout en personal de salud” (registro IN303618).

Aprobado por el Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Decima Tercera Sesión Ordinaria llevada a cabo el día 4 de julio del 2018.

Resumen

Antecedentes: Los estudiantes y personal de medicina y enfermería de las instituciones públicas de salud son una población vulnerable a padecer síndrome de burnout. La literatura de investigación ha documentado variables que modifican la vulnerabilidad al síndrome. Esas variables pueden ser de carácter individual como la resiliencia personal y formas de manejar el estrés o de carácter organizacional/institucional como defectos de la interacción con supervisores y autoridades o la satisfacción del usuario. **Objetivos:** Mediante el presente estudio se validó la *Escala de Resiliencia SV-RES* en profesionales de la salud en un hospital general público y se analizó la asociación entre burnout, resiliencia y satisfacción del usuario en estudiantes y personal del hospital. **Método:** Inicialmente se validó la escala de resiliencia en 909 profesionales de la salud que laboran en un hospital público. A continuación, se midieron los niveles de burnout, resiliencia, y satisfacción del usuario en un diseño no experimental, intra-sujeto, observacional analítico, correlacional y longitudinal. En este segundo estudio participó un total de 449 estudiantes y personal de medicina y enfermería del hospital. **Medición:** Se aplicó la *Escala de Resiliencia (SV-RES)* y la *Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)*. Para el análisis de los resultados se computó el análisis de correlación rho de Spearman y el análisis de Varianza de Friedman. Se realizaron tres aplicaciones con intervalo de 30 días entre ellas. **Resultados:** Los datos revelaron correlaciones negativas, moderadas y estadísticamente significativas entre burnout y la capacidad de resiliencia. Los componentes escalares del instrumento incrementaron dicha fuerza de asociación a lo largo de las evaluaciones. Debido a la característica de los datos obtenidos de la variable de satisfacción del usuario no fue posible indagar su asociación con burnout. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que los estudiantes y personal poseen un nivel razonable de resiliencia y tienden a presentar menor desgaste ocupacional (burnout), aunque éste continúa siendo un problema creciente en los profesionales de la salud.

Palabras clave: Burnout, Resiliencia, Satisfacción del usuario, Medicina, Enfermería, Estudiantes, Personal.

Abstract

Background: Medical and nursing students and staff in public health institutions are a population vulnerable to burnout syndrome. The research literature has documented variables that modify vulnerability to the syndrome. These variables can be individual, such as personal resilience and ways of managing stress or of an organizational-institutional nature such as defective interaction with supervisors and authorities or low user satisfaction levels. **Objectives:** The present study sought to validate the SV-RES Resilience Scale in health professionals of a large general public hospital and analyzed the association between burnout, resilience, and user satisfaction in students and hospital staff. **Method:** The resilience scale was validated with 909 health professionals working in a public hospital. Next, levels of burnout, resilience, and user satisfaction were measured through a non-experimental, intra-subject, analytical, observational, correlational and longitudinal scheme. A total of 449 medical and nursing students and staff from the hospital participated in this second study. **Measurement:** We applied the *Resilience Scale* (SV-RES) and the *Mexican Scale of Occupational Wear and Tear* (EMEDO). Three applications were made with a 30-day interval between them. The *Spearman rho* correlation analysis and the *Friedman Variance Analysis* were computed to scrutinize the results. **Results:** The data revealed negative, moderate, and statistically significant correlations between burnout and resilience. The scalar components of the instrument increased the strength of this association throughout the evaluations. Due to the characteristic of the specific data of the user satisfaction variable, it was not possible to investigate its association with burnout. **Discusión.** The results suggest that students and staff have a reasonable level of resilience and tend to have less occupational burnout.

Key words: Burnout, Resilience, User satisfaction, Medicine, Nursing, Students, Staff.

Agradecimientos

Quiero agradecer a cada uno de los profesionales de la salud (directivos, supervisores, jefes y encargados de área y personal operativo) que a pesar de la gran cantidad de actividades que realizan día a día en el hospital, cedieron un poco de su valioso tiempo para poder participar en este proyecto.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por su invaluable apoyo, por la dedicación y esfuerzo que imprime a cada uno de sus alumnos.

A Mtro. Eduardo Vidal por tu valiosa amistad y por permitirme ser parte de este proyecto, idea completamente tuya, pero que de la mano de un gran equipo de trabajo logramos hacer realidad.

A Mtra. Cynthia Díaz y Psic. Juan Manuel por sus valiosas amistades, cariño y por dar materia prima a mi humor ácido pero sobre todo por su profesionalismo, dedicación y compromiso que junto con Lalo supimos formar un gran equipo que logro superar satisfactoriamente cada reto que se presentó durante casi tres años que lleva el proyecto.

A la Profesora María Eugenia por ser una de las mejores profesoras que pude tener durante mi formación profesional, por su dedicación y amistad, sin duda el camino que ahora sigo dentro de la psicología comenzó con sus enseñanzas.

Al “grupito de atrás”, Alex, Lili y Alberto, que grandes experiencias tuvimos, la universidad fue excelente gracias a ustedes.

A cada uno de los profesores y compañeros con los que tuve oportunidad de compartir la universidad.

Por último a la UNAM, por brindarme una segunda oportunidad de ser parte de la “Máxima casa de estudios”, te debía una.

Dedicatorias

A mi esposa Estela por su amor, apoyo y paciencia, porque cada logro es dedicado a ti, te amo mi amor.

A mi hijo Leo por enseñarme que se puede ser más feliz cada día a tu lado, eres mi objetivo para crecer y que estés orgulloso de tu padre, te quiero hijo.

A mi hija(o), por llenar aún más de alegría mi corazón, deseo mucho tenerte en mis brazos.

A mis padres, Paty y Genaro, por todo su apoyo, cariño y sobre todo por creer en mí en todo momento incluso cuando yo no lo hice jamás dejaron de apoyarme, los quiero mucho y este y los futuros logros que alcance serán para ustedes.

A mis hermanos, Jacqueline y Carlos, porque siempre contaremos el uno con el otro, son una gran motivación y por qué orgullosamente puedo decir que los tres somos UNAM.

A mis suegros y la abuelita, por su invaluable apoyo, pero sobre todo por ese inmenso cariño de abuelos que le brindan a Leo, es algo que tiene un gran valor para mí y que no podré pagárselos nunca.

Índice

Resumen	04
Abstract	05
Capítulo 1. Salud Mental en los profesionales de la Salud	09
Algunas características del servicio de salud de México	10
Síndrome de Burnout	10
Propuestas explicativas del Síndrome de burnout	12
Consecuencias del síndrome de burnout	14
Epidemiología nacional e internacional	16
Capítulo 2. Factores relacionados con el síndrome de burnout	22
Capacidad de resiliencia y síndrome de burnout	22
Satisfacción del usuario hospitalario y síndrome de burnout	26
Fundamentación del estudio	28
Objetivos	29
Capítulo 3. Estudio 1. Validación de la Escala de Resiliencia SV-RES	30
Escala de resiliencia SV-RES (para jóvenes y adultos)	30
Método	30
Resultados	33
Discusión	39
Capítulo 4. Estudio 2. Asociación de “burnout” con las variables de resiliencia y satisfacción del usuario.	40
Método	40
Resultados	48
Discusión	66
Conclusiones	74
Recomendaciones y Limitaciones	75
Referencias	77
Anexos	102

Capítulo 1. La Salud Mental en el Profesional de la Salud

Una definición de salud, institucionalizada y ampliamente adoptada en el mundo, es la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), la conceptualiza como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no, solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición condiciona la necesidad de entender a la salud desde el modelo biopsicosocial, contemplando tres importantes dimensiones interdependientes que buscan mejorar la calidad de vida y estado de bienestar óptimo para la persona (Rodríguez, 2013).

En este contexto, y respecto a la salud mental se ha propuesto que se trata de “un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus capacidades puede enfrentar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2005, p. 5).

Cabe resaltar que múltiples factores, como la genética, nutrición, calidad del ambiente, acceso a servicios de salud y el comportamiento humano, actúan a lo largo de la vida como factores de protección o de riesgo en la salud y la calidad de vida, dependiendo de las condiciones y modo de interacción (Sánchez-Sosa, 2002).

La salud mental como parte importante del bienestar general, se manifiesta en todas las áreas o esferas de la vida de la persona, incluida la familia, entorno social, escuela y trabajo. En esta última, las condiciones y características de la labor influyen de manera positiva en la realización personal, satisfacción y seguridad económica; así como de manera negativa en los riesgos psicosociales que superan las capacidades del individuo (Collantes, 2012; Mingote et al., 2011).

Dentro de los trabajos o servicios con mayor vulnerabilidad a alteraciones en la salud mental, principalmente por sus altos niveles

de estrés, se encuentra la labor de los profesionales de la salud en hospitales. El estrés se ha convertido dentro de la salud mental en un tema de interés debido a que sus consecuencias abarcan aspectos individuales, organizacionales. Cuando se trata de un servicio como el provisto por médicos, enfermeras, etc. En los hospitales, se afecta la calidad y la forma de interactuar con pacientes, familiares y otros integrantes del equipo de salud (Aguado-Marín et al., 2013; García-Moran y Gil-Lacruz, 2016; Reith, 2018).

Algunas características del Servicio de Salud de México

Existen diversas variables que contribuyen a que el personal de salud hospitalaria sea especialmente vulnerable a padecer estrés. Los servicios públicos de salud en México presentan serios problemas que lo hacen ineficiente e insuficiente ante las demandas actuales. Se trata de un sistema con varias instituciones relativamente independientes aunque bajo lineamientos generales de la Secretaría de Salud (IMSS, ISSSTE, Institutos Nacionales de Salud, Seguro Popular, Sector privado, etc.) parece haber una división ineficaz de los recursos y dificultad de seguimiento al ser un servicio condicionado por las condiciones de trabajo (asegurado) y no necesariamente por la necesidad de atención a su salud. Adicionalmente México presenta graves problemas de pobreza y un aumento progresivo en enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y obesidad, que representan un gasto cada vez mayor y graves complicaciones para cubrir la demanda de la población (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. [OCDE], 2016).

Debido a las condiciones del sistema de salud, la labor dentro de un hospital se caracteriza por largas jornadas de trabajo; con frecuencia mayores a 40 horas semanales, saturación en los servicios, materiales insuficientes, bajos ingresos económicos, escasez de personal y una muy alta demanda de servicios (González y Pérez, 2012; Polanco-González et al., 2013).

Otras variables que contribuyen al deterioro de la salud mental del personal de salud se encuentran dentro de la dinámica e interacción de trabajo; un clima organizacional deteriorado, un liderazgo disfuncional, organización defectuosa del trabajo y comunicación ineficaz, etc. En algunos sitios puede haber incluso violencia (principalmente verbal) en el lugar de trabajo, incluyendo comportamientos y lenguaje agresivos. Otras condiciones que matizan la calidad del ambiente laboral, incluye aspectos individuales como sexo, edad, la antigüedad en el trabajo, problemas familiares, consumo de sustancias o tiempo en una relación. Estas y otras condiciones repercuten en la salud mental de los profesionales de la salud. (Aguado et al., 2013; Brooks et al., 2011; Hernández et al., 2008; Landa-Ramírez et al., 2017; Trifunovic et al., 2017).

Síndrome de Burnout

Cuando el estrés en el trabajo se mantiene por periodos largos sumado a una intensidad que sobrepasa los recursos psicológicos o físicos del personal, aumenta la probabilidad de que surjan problemas como ansiedad, síntomas de depresión y síndrome de burnout (Carta et al., 2017; Fernández-López et al., 2003).

Aunque algunos autores consideran al burnout como un constructo unidimensional (Barraza-Macias, 2011; Schaufeli y Taris, 2005), debido a su complejidad y las múltiples variables que intervienen en el proceso se suele aceptar su conceptualización como en tres principales dimensiones (Maslach, 1993; Maslach et al., 2001):

1. *Agotamiento abrumador o cansancio emocional*: representa la dimensión básica del estrés y se refiere a la presencia de sentimientos de estar sobre saturado, agotado de los recursos físicos y emocionales, presencia de cansancio y fatiga, además de pérdida de energía posterior a estados altos de excitación.

2. *Sentimientos de cinismo o despersonalización*: representa la parte interpersonal y conductual caracterizada por una respuesta negativa, insensible o extremadamente distante hacia varios aspectos del trabajo, frecuentemente se observa en la interacción con otras personas y en la utilización de etiquetas de objeto en lugar de nombres personales.
3. *Desapego del trabajo, falta de realización personal y logro*: representa la dimensión de autoevaluación y se caracteriza por sentimientos de fracaso, incompetencia, baja autoestima, baja productividad, escasas metas y logros.

Actualmente la OMS (2019), describe al burnout como un “fenómeno ocupacional resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo..., caracterizado por un sentimiento de agotamiento, distanciamiento mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo además de una eficacia profesional reducida”, y lo incluye en su 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en su apartado de factores que influyen en el estado de salud.

Propuestas explicativas del síndrome de burnout

De igual forma se han propuesto diversos modelos para explicar el fenómeno de burnout, buscando relacionar sus antecedentes y consecuencias. Estos se pueden agrupar en modelos explicativos con tres categorías centrales:

La primera considera que las cogniciones influyen en lo que se percibe y se actúa y, a su vez, se modifican por estas acciones y por las consecuencias que se observan de otras personas.

La segunda propone que el burnout es producto de la falta de equidad percibida, al establecer relaciones interpersonales y una percepción constante de que se aporta más de lo que se recibe y no se es capaz de resolverlo adecuadamente. En reacción se desarrollan sentimientos de agotamiento.

La tercera se enfoca en cuestiones organizacionales, variables como la estructura los roles, la cultura y clima organizacional juegan un papel medular como estresores y, cuando se rebasan o agotan las estrategias de afrontamiento con las que cuenta el individuo se produce el agotamiento (Gil -Monte y Peiró, 1999, Martínez, 2010).

Gil-Monte (2005) explica la aparición del síndrome de estar quemado iniciando con las fuentes de estrés como punto de partida, seguidas de un procesamiento cognitivo de reevaluación de la situación, agregando las estrategias de afrontamiento fallidas que el individuo practica para reducir el estrés laboral. El síndrome de estar quemado surge entonces como respuesta mediadora entre el estrés laboral percibido y sus consecuencias.

La baja realización personal y sentimientos de agotamiento emocional suelen ser los primeros signos en aparecer, seguidos de actitudes de despersonalización que el individuo podría considerar o usar como nuevas estrategias de afrontamiento ante una situación desbordante. Este enfoque describe no sólo las fuentes de estrés asociadas al síndrome, sino que propone un procesamiento cognitivo y algunos efectos emocionales asociados a conductas relativamente específicas como variables clave para su afrontamiento.

Las diferentes definiciones y explicaciones que se han propuesto para la explicación del síndrome de burnout pueden variar dentro de la literatura científica. A pesar de la complejidad del fenómeno se mantiene una similitud con las condiciones que propician u ocasionan otros problemas y trastornos como sintomatología depresiva y ansiosa, fatiga, estrés laboral, desgaste psicológico (Gil-Monte, 2003; Koutsimani et al., 2019; Martínez, 2010; Rössler, 2014; Schaufeli et al., 2009; Schüler-Schneider et al., 2011). Hay puntos de coincidencia entre diversos autores cuando abordan su estudio revelando su multidimensionalidad (Cherniss, 1980; Gil -Monte y Peiró, 1999, Jackson et al., 1986, Maslach et al., 2001, Schaufeli, et al., 2009) entre los que destacan los siguientes:

- 1- Presencia de condiciones laborales (no necesariamente en contacto con otras personas) que sobrepasan los recursos de la persona.
- 2- Cansancio o agotamiento emocional con presencia de sentimientos negativos.
- 3- Orientación (cognitiva) negativa caracterizada por pensamientos de menos valía hacia el trabajo y auto concepto.
- 4- Surgen conductas que repercuten en la productividad, entorno social y calidad de vida de la persona.
- 5- Se presentan consecuencias que afectan la salud física.

Consecuencias del síndrome de burnout

Tomando en cuenta estos puntos que caracterizan al burnout es posible detectar cuatro importantes áreas afectadas por la presencia de este síndrome; emocional, conductual, cognitiva y social (Arora et al., 2013; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte, 2003; Martínez 2010; Mingote et al., 2004; Reith, 2018; Roldán y Quijano, 2015; Salvagioni et al., 2017):

1. En el ámbito emocional hay sentimientos de ineficacia, baja autoestima, sintomatología depresiva, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, desesperanza, indefensión y baja satisfacción laboral.
2. En el aspecto conductual, se incrementa el consumo de cafeína, tabaco, alcohol y drogas, reducción en las horas de sueño y problemas en la ingesta de alimentos, evitación de decisiones, conductas inadaptativas, disminuye la actividad diaria y se reducen o desaparecen hábitos saludables como realizar ejercicio.
3. En el ámbito cognitivo se da una pérdida de significado, de valores, desaparición de expectativas, pérdida de la creatividad, disminución en la capacidad de concentración, aletargamiento cognitivo y pueden aparecer síntomas de trastornos psiquiátricos.

4. En el aspecto social surgen problemas en las relaciones interpersonales, rupturas familiares, evitación de contactos, aislamiento social o interacción fría u hostil.

Estos autores también destacan consecuencias fisiológicas como problemas cardiovasculares, gastrointestinales, dolores de cabeza y musculares, fatiga física prolongada, hipertensión, problemas respiratorios y niveles altos de colesterol y triglicéridos. También se han detectado consecuencias laborales como baja productividad, ausentismo, insatisfacción laboral, deterioro en la comunicación y relaciones con compañeros de trabajo, aumento de accidentes laborales, trabajo de poca calidad e insatisfacción de los usuarios (Segura, 2014; Martínez, 2010; Mingote et al., 2004).

Situando dichas consecuencias a un contexto hospitalario, Mingote et al., (2004) resaltan que en los servicios de salud, los profesionales de enfermería y de medicina son considerados una población vulnerable a padecer burnout debido a las características y condiciones de su labor.

Gil-Monte (2001) indica que el burnout en los profesionales de la salud está originado por la combinación de variables psicológicas, físicas y sociales que se pueden agrupar en cuatro niveles, en donde diversos autores han catalogado variables responsables del desarrollo del burnout en profesionales de la salud. (Baby et al., 2015; Bronkhorst et al., 2015; Dyrbye et al., 2008; Gil-Monte y Peiró, 1999, He, et al., 2014; Landa-Ramírez et al., 2017; Patel et al., 2018; Talih et al., 2016;).

Individual: edad, sexo, tipo de personalidad, habilidades y estrategias de afrontamiento, problemas previos de ansiedad o depresión, estrés, consumo de sustancias.

Interpersonal: tiempo en una relación, antecedentes familiares, relaciones conflictivas.

Organizacional: percepción negativa del clima en el trabajo, poco reconocimiento al trabajo realizado, cargas de trabajo excesivas, poca capacitación en los deberes administrativos, trabajo por turnos, poco tiempo de descanso, problemas administrativos, conflicto y ambigüedad de rol, bajos ingresos económicos.

Social: aparición de nuevas leyes y normas que regulan su profesión, nuevos procedimientos, funciones y tareas, aumento en la demanda del servicio.

Moreno-Cid et al., (2015) describen el caso de la enfermera "MJP". con síndrome de burnout, evaluada con la escala MBI obteniendo puntuaciones negativas en las tres áreas (baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización) que indica presencia de este síndrome. La participante presentaba ansiedad relacionada con el estrés laboral manifestada por signos que denotan nerviosismo, tensión en el trato con pacientes, sueño no reparador por la recurrencia de preocupaciones relacionadas con el trabajo, creencias de estar endureciéndose emocionalmente y riesgo de baja autoestima. Los síntomas de MJP concuerdan con los descritos en la literatura de investigación y afectando las diversas áreas de su vida.

Epidemiología a nivel Internacional y Nacional

Debido a las consecuencias que trae consigo el burnout, se han realizado diversos estudios con el fin de identificar su etiología en el personal de salud dentro de un ambiente hospitalario, cabe resaltar que la exposición a este contexto parece aumentar los niveles de burnout en personal de medicina y enfermería (Cañadas- De la Fuente et al., 2018; Shanafelt et al., 2012; Shanafelt et al., 2015; Walkiewicz et al., 2014).

Aunque no es posible hablar de cifras epidemiológicamente definitivas debido a que no existen estimados confiables del personal de medicina y enfermería que presentan este síndrome en México, la literatura científica examinada en las principales bases de

datos, como Cochrane, Pubmed, PsycINFO, Elsevier y Redalyc, permite analizar aproximaciones con las que se puede advertir la gravedad del problema en dicha población.

Varias revisiones de la literatura internacional calculan que los niveles de burnout en el internado médico de pregrado varían entre el 28% al 75% (Ishak et al., 2013; Rothenberger, 2017; West et al., 2018).

Un metaanálisis (Frajerman et al., 2019), concluye, sobre 24 estudios publicados entre 2010 y 2017 que uno de cada dos estudiantes presentan burnout durante su formación, con una prevalencia estimada de 44.2% y su principal componente es el agotamiento emocional.

Un estudio longitudinal buscó examinar tendencias e identificar factores estresantes asociados con angustia y burnout en 120 estudiantes de medicina en un Comité de Enlace en Educación Médica (LCME) en Estados Unidos. El estudio completó nueve evaluaciones a lo largo de cuatro años de formación médica desde la orientación hasta la selección de residencia, con un promedio de respuesta del 85%. Los resultados indicaron un aumento significativo ($p < 0,01$) en el agotamiento de 17% a 38% de los encuestados; la despersonalización aumentó de 13% a 35% y baja realización profesional aumentó de 5% a 22%. Del estudio se concluye que el desarrollo del burnout puede ocurrir desde la formación académica, teniendo puntos críticos en el primer, tercer año y después de las prácticas clínicas (Hansell et al., 2019).

En cuanto a médicos residentes, Low et al., (2019) realizaron una revisión sistemática con meta análisis en 47 estudios sobre burnout entre residentes de diversas especialidades y países. El meta análisis comparó las tasas de prevalencia encontrando un 51% en 22,778 residentes. Un análisis de subgrupos por especialidad reveló que radiología (77.16%, IC 95%: 5.99-99.45), neurología (71.93%, IC 95%: 65.78-77.39) y cirugía general (58.39%, IC 95%:

45.72-70.04) presentaron los niveles más altos. Este mismo estudio se llevó a cabo por continente resultando que países de América mantienen una alta prevalencia de agotamiento, 51.64%. Por último los residentes hombres pertenecientes a los últimos años de la especialidad, son los que tienen mayores niveles de burnout.

Un estudio longitudinal evaluó a 172 residentes de medicina de primer año en Irlanda en dos momentos; 4 meses desde su primer año de práctica clínica (tiempo 1) y nuevamente 6 meses después (tiempo 2), a fin de explorar patrones de cambio en el burnout durante el primer año de residencia y comparar estos niveles con una muestra estadounidense de 1,701 similares durante la segunda evaluación y, finalmente se buscó la asociación entre agotamiento y errores médicos. Los resultados indicaron un aumento significativo del agotamiento entre el primer y segundo momento de medición (de 69.5% a 72.6%, $p= 0,007$). En cuanto al comparativo con la muestra de Estados Unidos, los médicos irlandeses se encontraron con mayores niveles de agotamiento (72.6% /60.3%, $p= 0.0001$). La asociación entre el agotamiento y el error fue significativa sólo en el segundo momento ($p=0.03$) (O'Connor, et al., 2017).

En México se han encontrado cifras semejantes, de entre 16% ($n= 141$), 70% ($n=40$), 84% ($n=72$) en estudios de corte transversal, para estudiantes de pregrado en medicina (Athié-Gutiérrez et al., 2016; Díaz-Juárez, 2017; Ortega et al., 2014). Para los médicos residentes que presentan burnout las cifras en México son de 82% ($n=40$) y 89.66% ($n=116$) (Terrones et al., 2016; Toral-Villanueva et al., 2009). Algunas variables que parecen tener una relación con los niveles elevados de burnout incluyen el tiempo de traslado hogar-universidad-hospital.

Para los estudiantes de pregrado en enfermería con prácticas clínicas en hospital, las cifras internacionales alcanzan un 26.6% incrementándose en el componente de agotamiento emocional a un 50% (Tomaschewski-Barlem et al., 2014; Uribe y Illesca, 2017; Wang et al., 2019).

Un estudio longitudinal buscó evaluar el agotamiento en una muestra nacional de 1,702 estudiantes de enfermería en Suecia mediante cuatro evaluaciones anuales, tres durante la formación académica y una en el año siguiente a la graduación. Se aplicó el inventario de agotamiento de Oldenburg con dos sub escalas: agotamiento y desconexión. Los resultados revelaron un aumento significativo ($p < 0,001$) en el agotamiento del 30% al 41% de los encuestados. Además en el año posterior a la graduación, el agotamiento se relacionó con un menor dominio de las tareas, poca utilización de la investigación en la práctica diaria y mayor intención de rotación o abandono (Rudman & Gustavsson, 2012).

Rudman et al., (2014) continuaron las evaluaciones anuales cinco años después de la graduación con el objetivo de evaluar la prevalencia e impacto del burnout y algunas variables sociodemográficas y su relación con las intenciones de abandonar la profesión de enfermería. Se analizaron seis evaluaciones anuales a 1417 de los 1702 estudiantes iniciales, durante el último año de carrera y los 5 años posteriores. Los datos mostraron que los altos niveles de burnout se relacionaron con el aumento en la intención de abandonar la profesión, (entre $r = .235$ y $r = .304$, $p < 0,001$), después de 5 años, uno de cada cinco profesionales de la enfermería tenía la intención de abandonar la profesión especialmente en los primeros años.

En México son escasas las investigaciones que han evaluado a pasantes de enfermería. Grimaldo y Padilla (2015) evaluaron a cinco pasantes de enfermería de un hospital de especialidad, utilizando el Inventario de Burnout de Maslach, encontrando un 44% en agotamiento emocional, 37% en falta de realización personal y 19% en despersonalización.

En el personal de medicina los datos nacionales e internacionales parecen asociarse con variables como la especialidad médica, antigüedad en el trabajo, características del puesto, en especial las responsabilidades administrativas y de supervisión y

coordinación (personal a cargo), trabajo por turnos. Otras variables son de tipo individual como edad y sexo, estado civil, rasgos de personalidad y experiencia laboral (Chuang et al., 2016; Landa-Ramírez et al., 2017; Medisauskaite y Kamau, 2017; Moreira et al., 2018; Palmer et al., 2005).

Estudios en otros países muestran que el burnout se presenta entre un 34% a 67% con niveles más altos en áreas quirúrgicas y de urgencias. Los problemas más frecuentes asociados al burnout son el consumo de alcohol, consumo de medicamentos sedantes y comer de más, quizá como estrategias de afrontamiento. Entre las quejas somáticas más frecuentes destacan, problemas digestivos y cardiovasculares, especialmente en el personal masculino (Chuang et al., 2016; Medisauskaite y Kamau, 2017; Mikalauskas et al., 2018; Reith, 2018; Rotenstein et al., 2018; Shanafelt et al., 2015).

Las investigaciones nacionales muestran porcentajes muy similares a lo visto en los datos internacionales para el síndrome de burnout, de entre 40% (n=312), 44% (n=89), (Landa-Ramírez et al., 2017; Palmer et al., 2005). Los estudios se centran en áreas de anestesiología y urgencias.

En el personal de enfermería la literatura internacional de investigación indica que el promedio de personal afectado por el síndrome de burnout se sitúa entre 25% y 52% siendo el agotamiento emocional el factor más elevado. Los estudios se centran en terapia intensiva, oncología, urgencias y áreas pediátricas. (Soto-Rodríguez y Pérez-Fernández, 2015; Rezaei et al., 2018; Li et al., 2018; Molina-Praena et al., 2018; Zhang et al., 2018; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017; Ramírez-Baena et al., 2019).

Cañadas-de la fuente et al., (2018) realizaron una revisión sistemática cuyos resultados mostraron que el personal de enfermería con los niveles más altos de burnout es en hombres, solteros o divorciados sin hijos. Por otro lado, López-López et al.,

(2019) en su revisión concuerdan que ser hombre es un factor que contribuye al desarrollo del síndrome, además de variables como la sobrecarga de trabajo, el estrés relacionado con el trabajo, la antigüedad, la soltería y agresiones en el trabajo.

En México, los porcentajes en estudios transversales de burnout son: 33% (n=153), 34.5% (n=185) 17.4% (n=265), 19.6% (n=171) Algunas variables individuales asociadas con el agotamiento son el estado civil (soltero y casado), edad, tener hijos y, a diferencia de la literatura internacional, ser mujer además de madre soltera tienen mayor riesgo de burnout. Respecto a variables relacionadas al trabajo destacan trabajar en turno nocturno, trabajar más de ocho horas diarias y exceso de tareas en el trabajo (Mendiola, 2015; Flores-Ramos et al., 2018; Chico-Barba et al, 2019; Ballinas-Aguilar et al., 2009).

La literatura de investigación examinada para la presente serie de estudios sitúa a los profesionales de medicina y enfermería como población vulnerable. En promedio 4 de cada diez estudiantes de enfermería padecen burnout y esta proporción se incrementa a 5 de cada diez en estudiantes de medicina y personal de enfermería y medicina. Así, resulta importante identificar los elementos del entorno e individuales que pudieran estar relacionados a su aparición a fin de contribuir al diseño, aplicación y evaluación de intervenciones orientadas a dotar a los participantes en riesgo, de destrezas de manejo del estrés, que incluyan sugerencias de naturaleza institucional u organizacional.

Capítulo 2. Factores relacionados con el síndrome de burnout

El burnout en el personal de salud que labora en hospitales se relaciona con variables que pueden incrementar o disminuir la vulnerabilidad de padecerlo, las cuales se suelen dividir en dos grandes categorías, individuales y organizacionales-institucionales.

Las variables individuales comprenden aspectos emocionales, cognitivos y/o conductuales y antecedentes familiares (Greenberger & Padesky, 1998; Repetti et al., 2002), su estudio se enfoca no sólo en variables negativas o factores de riesgo, también comprende variables asociadas a la recuperación o prevención denominadas factores protectores, ejemplo de estas es la capacidad de resiliencia (Lusilla y Castellano-Tejedor, 2014).

Capacidad de resiliencia y síndrome de burnout

El concepto de resiliencia en salud comenzó a estudiarse en la década de los sesenta del siglo 20, como una posible explicación ante la capacidad de recuperación y el mantenimiento de conductas saludables en población con esquizofrenia, situación de pobreza extrema a temprana edad y en contextos militares (Bayley, 1968; Becoña Iglesias, 2006; Kagan, 1975; Mayer, 1974; Saavedra y Villalta, 2008; Weybrew, 1963).

Desde su inicio en psicología el concepto de resiliencia se ha definido de modos muy diversos por distintos autores, dificultando tener una conceptualización convencional. Esto ha contribuido a que exista una separación entre la teoría y la práctica sobre la resiliencia, debido a que si bien existen factores centrales y ampliamente aceptados de la resiliencia como el apoyo social (APA Help Center, 2019), existen otros que varían según el autor y el instrumento con el cual se evalúe.

A pesar de esto, dentro del estudio de la resiliencia se han encontrado puntos en común por varios autores (Conor y Davidson, 2003; Herman et al, 2011; Saavedra et al., 2012; García-Vesga y

Domínguez, 2012; Fernández de Araujo et al., 2015; Ortunio y Guevara, 2016; Station et al, 2018). Algunas de estas consistencias incluyen:

1. En todas las definiciones está presente la idea de estrés, adversidad o contexto negativo.
2. La resiliencia no se limita a contextos extremos, como pérdida de algún miembro o ser querido, también es visto como un factor protector para la disminución de factores de riesgo cotidianos, como vulnerabilidad social, familiar, educativa y laboral.
3. Existe un enfrentamiento de aquellas adversidades por parte del sujeto.
4. Se obtiene como resultado una adaptación positiva.

Debido a la complejidad conceptual del constructo éste se considera un fenómeno multifactorial, donde las cualidades y recursos del individuo ayudan al afrontamiento exitoso de la situación adversa (Conor y Davidson, 2003; Tuysaie y Dyer, 2004; García-Vesga y Domínguez, 2012; Ortunio y Guevara, 2016).

Se ha advertido que al estudiar el concepto de resiliencia éste requiere verse como un proceso y no sólo como elementos inherentes o característicos del individuo (Stainton et al, 2018).

Consistente con esta postura se ha desarrollado la siguiente propuesta sobre el comportamiento resiliente:

La Respuesta resiliente es una acción orientada a metas, respuesta sustentada o vinculada a una visión abordable del problema; como conducta recurrente en visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos o proactivos ante los problemas; los cuales tienen como condición histórico-estructural a condiciones de base, es decir un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo

interpreta la acción específica y los resultados” (Saavedra y Villalta, 2008, pp.32).

Con este enfoque la respuesta resiliente reuniría tres condiciones importantes:

1. Condiciones de base: incluye las creencias, valores, experiencias y vínculos sociales que el sujeto ha desarrollado a lo largo de su vida.
2. Visión positiva de sí mismo: se refiere a emociones y pensamientos positivos que la persona identifica en si misma frente a la adversidad.
3. Visión del problema: Se refiere a una percepción positiva en la cual el problema es visto como superable.

Debido a las características de la capacidad resiliente, ésta se ha estudiado como factor protector medular en el lugar de trabajo (Jackson Firtko & Edenborough, 2007; Howe et al., 2012; Epstein & Krasner, 2013; Brennan, 2017; Sotile et al., 2019; McKinley et al., 2019; Yu, et al., 2019).

La literatura de investigación incluye estudios que han explorado la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de la salud y han resaltando su posible relación inversa (García-Izquierdo et al., 2016; Chaukos et al, 2017; McCain et al., 2017; Deldar et al., 2018; Rios-Risquez y Dorote, 2018; Foster et al, 2109; Yu et al., 2019).

En el personal de enfermería, algunas revisiones de la literatura han asociado de manera negativa al burnout con la capacidad de resiliencia (Foster et al, 2109; Yu et al, 2019).

Un metaanálisis de cinco artículos en inglés publicados entre 2010 y 2016 se mostró una correlación negativa de $z = -0.57$, CI 95% (-0.354 a -0.726), $p < 0.0001$ (Deldar et al., 2018).

Para el personal de medicina los resultados son similares, un estudio evaluó a 283 médicos de atención primaria y secundaria en

Reino Unido y se concluye que bajos niveles de resiliencia son un posible factor predictor del desarrollo de burnout: $\beta = 0.07$, CI 95% (0.01 to 0.14) $p = 0.03$ (McCain et al, 2017).

En cuanto a estudiantes de enfermería se evaluaron 113 estudiantes en su último año académico en España; sus resultados indicaron una relación negativa, significativa entre resiliencia y el componente de agotamiento emocional $r = -.55$, $p < .01$ (Ríos-Rísquez et al., 2016).

Diversas revisiones de la literatura resaltan la importancia de integrar la resiliencia en la educación en enfermería para la disminución de factores de riesgo como burnout y dotar de estrategias y fortalezas que ayuden a un mejor funcionamiento profesional (Thomas y Revell, 2016; Cleary et al., 2018) y medicina (Dunn et al., 2008; Thompson et al., 2016; Wright et al., 2019).

En cuanto a estudiantes de medicina un estudio encuestó a 72 médicos internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Sus resultados revelaron relaciones negativas significativas entre resiliencia y burnout, $r = -0.241$, $p < 0.05$, siendo mayor la correlación con el componente de agotamiento emocional ($r = -0.486$, $p < 0.05$).

Otro estudio (Chaukos et al., 2017) evaluó a 68 residentes de medicina y psiquiatría de primer año en un hospital urbano de Estados Unidos, encontrando que los residentes que presentaban burnout (28%) obtuvieron los puntajes más bajos en la capacidad de resiliencia ($d = -0.79$, $p = 0.003$).

En ambas profesiones, medicina y enfermería, así como en los estudiantes de aquéllas, prácticamente todos los autores concluyen que la capacidad de resiliencia es un factor de protección importante ante las actividades estresantes del personal de salud y resaltan la importancia de tomar en cuenta el desarrollo de la resiliencia dada su relación inversa con factores como burnout, así como integrarla

como un elemento fundamental en estrategias de educación (preventivas) e intervenciones remediales.

Satisfacción del Usuario Hospitalario y Síndrome de Burnout

Como se mencionó, una segunda categoría de variables relacionadas con el síndrome de burnout son de tipo organizacional-institucional que incluyen aspectos propios de la organización así como variables que representan indicadores institucionales y del servicio que se brinda, por ejemplo la satisfacción del usuario (Díaz, 2002).

La calidad del servicio de salud es un indicador para la eficacia y eficiencia de las instituciones de salud, que engloba diversas dimensiones tales como: desarrollo organizacional, estructura, institucional y política, técnicas y procesos, costo/beneficio y aspectos interpersonales (Robledo-Galván et al., 2012). Dentro de la evaluación de la calidad en el servicio de salud, la satisfacción de quien recibe el servicio se ha convertido en un componente fundamental (calidad extrínseca) y se vuelve uno de los objetivos principales para las instituciones de salud. (Díaz, 2002; Pedraza-Melo et al., 2014).

Aunque el término *satisfacción* es complejo y no existe un consenso general para su definición, las expectativas que tiene el usuario para con el servicio son un punto de partida medular para su comprensión (Thompson y Suñol, 1995).

En congruencia con esta propuesta la satisfacción sería *el resultado de la diferencia entre lo que el usuario espera que ocurra y lo que dice haber obtenido* (su percepción de la experiencia). Es decir, la diferencia entre las expectativas del usuario y las percepciones respecto al servicio prestado (Vahey et al., 2004; Díaz, 2002).

Diversos factores determinan la satisfacción, desde los directamente relacionados con el funcionamiento del personal de salud, donde destaca el trato que reciben de éste, el tiempo de espera

y la información que reciben del personal médico (Vahey et al, 2004; Mira y Aranaz, 2000; Jiménez et al, 2003, Saturno-Hernández et al, 2016).

En México existe el *Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud* que se encarga de registrar y monitorear indicadores de calidad, a fin de integrar un sistema de medición para que el sector cuente con evidencia hacia la mejora de la calidad. Dentro de sus índices se encuentra el trato digno que evalúa principalmente el trato recibido por el personal de salud (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, [DGCES], 2019).

Diversos autores remarcan la importancia de la relación entre burnout y satisfacción del usuario debido a que las consecuencias psicológicas (sentimientos negativos, actitudes o conductas de cinismo o conflicto, etc.) y organizacionales (ausentismo, baja productividad, comunicación defectuosa) experimentadas por el personal de salud suele llevar a agotamiento y muy probablemente influye en la calidad percibida por el paciente (Ríos-Rísquez y García-Izquierdo, 2016; Soto Fuentes et al., 2017).

Fundamentación del estudio

Se ha establecido que las condiciones en las que trabaja el personal de salud en México; sus niveles de responsabilidad, la incertidumbre laboral, sobrecarga de trabajo, escasez de personal o materiales para realizar sus actividades, ambigüedad de roles, conflictos interpersonales, falta de incentivos motivacionales y económicos posibilitan la aparición de burnout (González y Pérez, 2012).

Las consecuencias del burnout afectan la calidad de vida y bienestar del personal de salud (Gil-Monte, 2001) pero también a la calidad percibida del servicio que ofrece, incluyendo errores médicos o técnicos (Vahey et al 2004; Ríos y García 2016). Esto acentúa la importancia de evaluar la prevalencia de burnout y las variables que lo ocasionan.

Los estudios extranjeros sobre el particular implican un contexto y cultura distintos que podrían no explicar pormenorizadamente el problema en nuestro país y los estudios realizados en México sobre las variables relevantes son escasos, y sumamente heterogéneos en sentido metodológico, aún si utilizan los mismos instrumentos (Juárez-García et al., 2014).

Adicionalmente, la mayoría de los estudios utilizan un diseño transversal (una sola medición o encuesta) lo que limita la posibilidad de hacer exploraciones a lo largo del tiempo. Así, es importante considerar estudios con diseños longitudinales, permitiendo observar en varios momentos el comportamiento de las variables (Hernández, et al., 2010).

Por último, la mayoría de los estudios que evalúan resiliencia utilizan instrumentos con escasa congruencia teórica (cambian elementos que componen la resiliencia de un instrumento a otro) o consistencia entre escalas.

Objetivos

Estudio 1. Validación de la Escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General

- Validar la escala de resiliencia SV-RES en profesionales de la salud hospitalaria, pública, de México.

Estudio 2. Evaluación, burnout, resiliencia y satisfacción del usuario.

Objetivo General

- Evaluar la asociación de burnout con las variables de resiliencia y satisfacción del usuario en estudiantes y personal de medicina y enfermería en un hospital general público.

Objetivo específicos

- Identificar la presencia o ausencia de burnout en estudiantes y personal de medicina y enfermería.
- Obtener los niveles de la variable psicológica: resiliencia y la variable organizacional/institucional: satisfacción del usuario.
- Comparar con metodología intra-sujeto cambios en los niveles de las variables de interés.

Estudio 1, Validación de la Escala de Resiliencia SV-RES

Escala RES-SV (escala de resiliencia para jóvenes y adultos)

Elaborada inicialmente por Saavedra y Villalta (2008) construida originalmente para población chilena, evalúa el concepto de resiliencia conjuntando diversos factores que la componen de acuerdo a la teoría de las verbalizaciones resilientes de Edith Grotberg y el modelo resiliente de Saavedra.

Está formada por 60 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de muy de acuerdo a muy en desacuerdo, permite obtener un puntaje total sobre la resiliencia, así como de los 12 factores que la componen, cada uno conformado por 5 reactivos; Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad. Cuenta con un alfa de Cronbach de $\alpha=96$ y una validez por medio de un coeficiente de Pearson de $r= .76$, $p < 0.05$ con el instrumento CD-RISC (Connor y Davison, 2003).

Método

Participantes

Se seleccionaron a los participantes de manera no probabilística por conveniencia. Participaron 909 profesionales de la salud con una edad promedio de 35.35 años y una desviación estándar de 11.49, procedentes de los diversos servicios y turnos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

La tabla 1 muestra la descripción de los participantes donde se incluyen variables individuales como sexo, edad promedio y estado civil y variables laborales como puesto, turno y servicio.

Tabla 1.*Datos sociodemográficos de los Participantes.*

Total de participantes, validación de la escala de resiliencia SV-RES.				
Sexo	260 Hombres 649 Mujeres			
Edad	M= 35,35 (D.E.= 11.49)			
Estado Civil	522 Solteros 252 Casados 83 Unión libre 51 Otros 1 No especificó			
Puesto	371 Personal de enfermería 37 Estudiantes de posgrado (enfermería) 56 Servicio social/pasantes (enfermería) 122 Personal de medicina 199 Médicos residentes (1º a 6º año de residencia) 66 Servicio social/pasantes (medicina) 39 Médico interno de pregrado 19 Otro (nutriólogos, psicólogos, odontólogos)			
Turno	423 Matutino 141 Velada A y B (enfermería) 118 Vespertino 22 Especial 10 Nocturno (medicina)			
Servicios	SE	TOCO	EYO	CPYD
	QX	GO	RE	PA
	UCIA	CE	FO	CI
	CEYE	UR	OFT	IM
	CG	CC	OTO	PSI
	MI	UPP	URO	NU
	HP	EN	COYR	AN
	UCIN	UVEH	IN	
	PE	OR	TR	

N= Número M= Media D.E.= Desviación estándar CDMX= Ciudad de México SE = Supervisión QX= Quirófano UCIA= Unidad de cuidados intensivos adulto NU= Nutrición AN= Anestesiología IM= Imagenología URO= Urología CEYE= Central de equipo y esterilización PSI= Psiquiatría UR= Urgencias CG= Cirugía general MI= Medicina interna HP= Hospitalización PE= Pediatría CI= Citología UTQ= Unidad tocoquirúrgica CC= Clínica de catéter IN= Infectología. RE= Rehabilitación UCIN= Unidad de cuidados intensivos neonatos OFT= Oftalmología GO= Ginecología y Obstetricia CE= Consulta externa PA= Patología UPP= Cuidado de la piel y prevención EN= Endoscopia TR= Terapia respiratoria CPYD= Cuidado paliativos y dolor UVEH= Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria OR= Ortopedia EYO= Estomatología y Ortodoncia FO= Foniatría OTO= Otorrinolaringología COYR= Cirugía plástica y reconstructiva

Procedimiento

Se contactó por medio de correo electrónico al autor principal de la escala SV-RES, Dr. Eugenio Saavedra Guajardo para solicitar su autorización de uso para la escala SV-RES para jóvenes y adultos (véase el anexo 1).

Una vez obtenido el permiso se sometió la escala SV-RES a un jueceo de expertos (validez de contenido) con el objetivo de identificar la comprensión (redacción y estructura) de los reactivos para la cultura mexicana así como identificar si los reactivos evaluaban correctamente el factor al que pertenecen (véase en anexo 2).

El "jueceo" se llevó a cabo con 24 psicólogos de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, con amplia experiencia en el tema, se aplicó el coeficiente de Aiken, que cuantifica la pertinencia de los reactivos respecto a un dominio de contenido a partir de las valoraciones de los jueces. Debido a que se obtuvieron puntajes inferiores a .70 en más del 45% de los reactivos en ambos criterios evaluados, comprensión del reactivo y pertinencia de evaluación reactivo-factor (véase en anexo 3) se optó por modificar los reactivos con base en las recomendaciones de los jueces y las teorías en las cuales se sustenta el instrumento (Vega-Vázquez, Rivera-Heredia y Quintanilla-Montoya, 2011; Grotberg, 2002; Saavedra y Villalta, 2008). Se optó por cambiar la redacción del 80% de los reactivos, así como de los factores a partir de cuya redacción no quedaba clara su definición.

A partir de los cambios realizados a los reactivos originales en el primer jueceo, se llevó a cabo un segundo jueceo con 43 expertos en el tema, con el objetivo de identificar en una escala del 0 al 10 el grado de favorabilidad o desfavorabilidad de cada reactivo para evaluar el factor al que pertenecen, (véase en anexo 4). A partir de las recomendaciones proporcionadas por los expertos se hicieron cambios de redacción a diversos reactivos.

Se analizaron los datos obtenidos en el segundo jueceo mediante los siguientes criterios; si un reactivo mostraba una desviación intercuartilar mayor a 1.4, éste se analizaba en detalle y, si su peso teórico no sustentaba su permanencia en el instrumento, se retiraba (Roberts et al., 1999; Wieland, 1966; Thurstone, 1929). Adicionalmente, se consideró un coeficiente de variación menor a 30%. Los reactivos considerados para su eliminación fueron 7, 9, 22, 52 y 55, debido a que obtuvieron una desviación intercuartilar superior a 1.4. Un reactivo (26) obtuvo un coeficiente de variación de 35%, (véase el anexo 5). A continuación se consultó a cinco expertos en el tema para considerar la eliminación o permanencia de los reactivos 7, 9, 22, 52 y 55, y se acordó su permanencia en el instrumento debido a su aparente peso teórico.

Posteriormente se solicitó la participación de una experta en lengua castellana para revisar el correcto uso gramatical del instrumento (Véase en anexo 6).

Se obtuvo una versión final de instrumento que finalmente se aplicó a 909 estudiantes y personal de salud a fin de analizar la fiabilidad del instrumento (véase anexo 7).

Resultados

Para el proceso de captura y calificación de los reactivos se contó con la participación de tres psicólogos ajenos a la investigación, (ciego simple). A fin de garantizar la correcta captura de los datos, se revisó, mediante una selección aleatoria, 30% de las capturas de cada uno de los tres psicólogos.

Posteriormente se realizó un análisis de frecuencia a los 60 reactivos a fin de asegurar que ningún valor estuviera fuera de rango así como para identificar la direccionalidad de cada reactivos (véase en el Anexo 8). Así, la direccionalidad de los reactivos 2, 3, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 22, 23, 27, 28, 31, 35 37, 38, 41, 42, 45, 46, 48, 52, 55, 56, 57 como lo indica la frecuencia de las respuestas son contrarios al sentido de los demás reactivos instrumento por lo que su

calificación se invirtió. (Reyes Lagunes & García y Barragán, 2008). Posteriormente se calculó la distribución de los datos mediante la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov, asimetría y curtosis, los resultados mostraron una distribución sesgada, lo que se consideró en los análisis consecutivos.

Se probó el poder discriminativo de los reactivos mediante dos análisis (véase en el Anexo 9); una comparación de grupos extremos con respecto al total de la prueba (primer cuartil y tercer cuartil) con la prueba de U de Mann Whitney, prueba no paramétrica debido a la distribución de los datos, se observó que todos los reactivos discriminaban adecuadamente ($P < 0.001$).

Para el segundo análisis se obtuvo la correlación total de la prueba y de cada reactivo, se conservaron aquellos reactivos de correlación por encima de 0.30, eliminando únicamente el reactivo 19 "Soy una persona que evalúa el sentido de la vida en momentos difíciles".

Se continuó con la realización de un análisis factorial utilizando el método de ejes principales con rotación oblicua (Fabrigar et al., 1999; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010, Beavers et al, 2013). Para medir la pertinencia del análisis se calculó el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,920$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2=9932,367$; $gl=378$; $p<0,001$), se concluyó que la matriz de correlaciones era adecuada para el análisis.

Se agruparon 28 reactivos en 6 factores, con cargas factoriales que oscilaron desde .430 hasta .849 y arrojaron una varianza explicada de 50.5%. El primer factor se agrupó con 9 reactivos, el segundo, cuarto y quinto con 3, el tercero con 6 y el sexto con 4 reactivos. Se eliminaron 32 reactivos según los siguientes criterios: a) si un factor no contaba con un mínimo de tres reactivos agrupados y b) si los reactivos tenían cargas factoriales menores a .40 (Morales, 2013; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

La tabla 2 muestra la matriz de patrón con las cargas factoriales de los 28 reactivos finales y su distribución en los 6 factores obtenidos.

Se definieron los factores a partir de las características de los reactivos y la literatura pertinente (Grotberg, 2002; Saavedra y Villalta, 2008; Ortunio et al., 2016; Stainton et al, 2019; Fernández de Araujo et al., 2015). Se observó que los factores obtenidos concuerdan con el modelo de resiliencia propuesto por Saavedra, como sigue: Condiciones de base (factores 3, 4 y 6), Visión de si mismo (factor 1), Visión del problema (factores 2 y 5) y puntaje total (todos los factores), Respuesta resiliente (Saavedra y Villalta, 2008; Saavedra, 2003).

Por último se realizó una prueba de consistencia interna mediante la fórmula de Alfa de Cronbach (Hernández et al., 2010; Quero, 2010; Kerlinger y Lee, 2002), obteniendo un valor de $\alpha = .908$. Para cada factor el índice de confiabilidad oscilo entre $\alpha = .708$ y $\alpha = .882$.

Descripción del instrumento

Como resultado se obtuvo una escala final, la cual se nombro "Escala de resiliencia SV-RES para personal de salud", conformada por 28 reactivos en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*, los cuales se dividen en 3 categorías que suman 6 factores; Condiciones de base (Control emocional, Autoconcepto y Apoyo emocional), Visión de si mismo (Autoeficacia) y Visión del problema (Uso de apoyo social y relaciones sociales). (Véase en el anexo 10).

Así, el instrumento permite obtener un puntaje total sobre la capacidad de resiliencia bajo una situación problemática (respuesta resiliente), así como de 6 factores que la componen.

Respecto a sus propiedades psicométricas cuenta con validez de contenido (juicio de expertos) y validez de constructo (análisis factorial) además de un índice de consistencia interna "alfa" = .908.

La Tabla 3 muestra las características del instrumento, categorías, índice de confiabilidad de cada factor, número de reactivos y la definición de cada factor así como ejemplos de reactivos.

Tabla 2.
Estructura factorial de la escala SV-RES.

Reactivos	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	.764					
Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	.640					
Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	.612					
Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	.597					
Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	.577					
Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	-.568					
Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	-.559					
Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	.536					
Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	-.442					
Estoy seguro que los problemas que enfrento no afectan mi trabajo o escuela.		.738				
Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.		.664				
Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.		-.520				

Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	.783
Existen personas en mi vida que me han ayudado a darle sentido a mi vida.	.656
No tengo amigos y familiares a quienes recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.	-.597
No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	-.564
Hay personas cercanas a mí en las que confío.	.523
Mis relaciones afectivas no han sido sólidas.	-.484
Se me dificulta poder hablar de mis emociones.	-.683
Se me dificulta poder expresar afecto a los demás.	-.625
No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.	-.435
Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución.	.908
Cuento con personas que me ayudan a anticipar los posibles peligros o amenazas de un problema.	.674
Cuento con personas que al contarme sus experiencias en problemas similares, me ayudan a tomar buenas decisiones.	.648
Soy una persona que se siente insegura de mis proyectos y metas al enfrentar los problemas.	-.776
Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles.	-.771
Soy una persona con baja autoestima.	-.547
Soy una persona que se siente segura de sí misma, incluso si me encuentro en un ambiente problemático.	.529

Método de extracción: Análisis de ejes principales
Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.
La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Tabla 3.
Escala de resiliencia SV-RES para personal de salud

Categorías	Factores	Definición	α de Cronbach	No de reactivos	Ejemplo de reactivos
Condiciones de base	Factor 3: Apoyo emocional	Se refiere a la percepción, como recurso, de la unión afectiva de la persona con su entorno social cercano.	.810	6	"No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema".
	Factor 4: Control emocional	Se refiere a la forma aprendida que la persona tiene para manejar y expresar sus sentimientos y emociones.	.738	3	"No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas".
	Factor 6: Autoconcepto	Se refiere a la forma aprendida con la que la persona se describe frente a los problemas	.786	4	"Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles".
Visión de si mismo	Factor 1: Autoeficacia	Conjunto de habilidades y recursos que la persona percibe capaz de emplear ante una situación problemática.	.882	9	"Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema".
Visión del problema	Factor 2: Relaciones sociales	Se refiere al valor y mantenimiento de los vínculos sociales cercanos frente a los problemas.	.708	3	"Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja".
	Factor 5: Uso de apoyo social	Se refiere a la contribución de las redes sociales que benefician una orientación dirigida a la solución de los problemas.	.843	3	"Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución".

Discusión

El objetivo del primer estudio fue validar la escala de resiliencia SV-RES en profesionales de la salud que laboran en un hospital público de México. Comprendió la estructura de una validación y adaptación cultural de un instrumento buscando una nueva opción de evaluación en México para el concepto de resiliencia.

El resultado fue un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas sobre la capacidad de resiliencia bajo una situación problemática y un sustento teórico a través del modelo de respuesta resiliente (Saavedra, 2003).

Los factores que se identificaron están orientados a describir su presencia como recurso de afrontamiento bajo una situación conflictiva ampliamente descrita como elemento central dentro del proceso de la resiliencia: situación conflictiva- utilización de la resiliencia como forma de afrontamiento- solución satisfactoria del problema y experiencia de aprendizaje para futuros conflictos (Stainton et al, 2018). Esta estructura busca identificar no sólo los elementos presentes sino cómo se perciben ante una situación problemática.

Por último, dentro de los siete factores obtenidos destacan elementos como el apoyo social , una visión proactiva y confianza en si mismo además del manejo de sentimientos y emociones (APA Help Center, 2019). Se trata de dimensiones medulares a considerar como pilares dentro del concepto de resiliencia con el objetivo de homogeneizar el estudio de este concepto e identificar una línea central de investigación para un futuro.

Estudio 2: Asociación de “burnout” con las variables de resiliencia y satisfacción del usuario.

Método

Diseño

Se empleó un diseño no experimental, intra-sujeto, observacional analítico, correlacional y longitudinal prospectivo. Se llevaron a cabo tres evaluaciones con una temporalidad de 30 días entre ellas (Hernández et al., 2010; Shadish et al., 2002; Salkind, 1999; Aliaga,2000).

Participantes

Se seleccionaron a los participantes de manera no probabilística por conveniencia. Participó un total de 449 estudiantes de medicina (residentes de todos los años, médicos internos de pregrado y practicantes de servicio social), estudiantes de enfermería (estudiantes de los posgrados; cuidado del adulto en estado crítico y perioperatoria y practicantes de servicio social), personal médico y de enfermería de todos los turnos y servicios de un Hospital General público, que cumplieron los criterios de selección. Las tablas 4 y 5 muestran la descripción de los participantes.

Tabla 4.*Datos sociodemográficos, estudiantes (enfermería y medicina).*

	Estudiantes de enfermería	Estudiantes de medicina		
Sexo	75% Mujeres 25% Hombres	56.5% Mujeres 43.5% Hombres		
Edad	M= 25.5 años (D.E.=5.173)	M= 27.17% años (D.E.=4.335)		
Estado Civil	82.8% Solteros 10.9% Casados 6.3% Unión libre	82.6% Solteros 10.4% Casados 6.1% Unión libre 0.9% Divorciado		
Lugar de procedencia	68.8% CDMX 17.2% Estado de México 14.1% Interior de la república	40.9% Interior de la república 35.7% CDMX 14.8% Extranjero 8.7% Estado de México		
Con quien vive	76.6% Familia 10.9% Solo 6.3% Pareja 6.3% Compañeros	47.1% Familia 10.8% Solo 6.2% Pareja 6.2% Compañeros		
Pareja	59.4% Si	59.1% Si		
Hijos	14.1% Si	11.3% Si		
Puesto	57.8% Servicio social 42.2% Posgrado	66.1% Residencia (especialidad) 27.8% Servicio social 6.1% Medico interno de pregrado		
Otro empleo	25% Si	16.5% Si		
Año de residencia		47.3% Primer año 26.3% Segundo año 15.7% Tercer año 10.4% Cuarto, Quinto y Sexto año <i>(Aplica solo para residentes)</i>		
Turno	75% Matutino 25% Vespertino	Matutino <i>(Servicio social y medico interno de pregrado, residencia no aplica turno)</i>		
Guardia		45.1% A-B-C-D 31.7% Otra 23.2% A-B-C <i>(Medico interno de pregrado y residencia medica, servicio social no aplica guardia)</i>		
Servicios		OR	URO	UVEH
		UR	PA	IN
		PE	GYO	CG
		CI	IM	TR
		AN	NU	UCIA
		EN	OTO	EYO

M= Media D.E.= Desviación estándar CDMX= Ciudad de México OR= Otopedía UR= Urgencias
 PE= Pediatría CI= Citología AN= Anestesiología EN=Endoscopia URO= Urología PA= Patología
 GYO= Ginecología y Obstetricia IM= Imagenología NU= Nutrición OTO= Otorrinolaringología
 UVEH= Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria IN= Infectología CG= Cirugía general
 TR= Terapia respiratoria UCIA= Unidad de cuidados intensivos adulto EYO= Estomatología y Ortodoncia

Tabla 5.*Datos sociodemográficos, personal de salud (enfermería y medicina).*

	Personal de enfermería	Personal de medicina
Sexo	86.3% Mujeres 13.7% Hombres	50.7% Mujeres 49.3% Hombres
Edad	M= 41.17 años (D.E.= 11.021)	M= 42.44 años (D.E.= 9.46)
Estado Civil	37.6% Solteros 40.1% Casados 15.2% Unión libre 7.1% Otro	26.0% Solteros 54.8% Casados 9.6% Unión libre 9.6% Divorciado
Lugar de procedencia	77.2% CDMX 12.2% Estado de México 10.7% Interior de la república	26.0% Interior de la república 65.8% CDMX 8.2% Estado de México
Con quien vive	77.7% Familia 14.2% Pareja 5.6% Solo 2.5% Compañeros o amigos	74.0% Familia 13.7% Solo 9.6% Pareja 2.8% Compañeros o amigos
Pareja	68% Si	75.3% Si
Hijos	64.5% Si	72.6% Si
Puesto	15.7% Jefe(a) o encargado(a) de servicio 84.3% Enfermero(a) operativo(a)	19.2% Jefe de servicio 68.5% Adscrito 12.3% Otro
Otro empleo	12.2% Si	54.8% Si
Turno	44.7% Matutino 34.0% Vespertino 20.3% Velada (A y B) 1.0% Especial	78.1% Matutino 6.8% Vespertino 2.7% Nocturno 12.3% Dias festivos y fines de semana
Servicios	SE MI CC SPE HP UPP QX UTQ EN UCIA GO UVEH CEYE CG UCIN CE UR PE	OR NU TR UR PA EYO AN FO PE RE GO UVEH MI CI IN PSI EN UCIA IM CG

M= Media D.E.= Desviación estándar CDMX= Ciudad de México SE = Supervisión SPE = Suplencias
 QX= Quirófano UCIA= Unidad de cuidados intensivos adulto CEYE= Central de equipo y esterilización
 CE= Consulta externa MI= Medicina interna HP= Hospitalización PE= Pediatría UR= Urgencias
 CIN= Unidad de cuidados intensivos neonatos UTQ= Unidad tocoquirúrgica EN= Endoscopia
 GO= Ginecología y Obstetricia CG= Cirugía general CC= Clínica de catéter FO= Foniatría PSI= Psiquiatría.
 UPP= Cuidado de la piel y prevención UVEH= Unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria
 OR= Ortopedia AN= Anestesiología CI= Citología IM= Imagenología UN= Nutrición PA= Patología
 IN= Infectología TR= Terapia respiratoria EYO= Estomatología y ortodoncia RE= Rehabilitación

Selección de participantes

Criterios de inclusión

1. Se incluyó a los estudiantes y personal de medicina y enfermería de todos los turnos y servicios del hospital que aceptaron participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Quienes estuvieran en tratamiento psiquiátrico.
2. Se encontraran participando en otro estudio o protocolo que pudiera sesgar los hallazgos.
3. Estuvieran recibiendo una intervención psicológica o requirieran de una intervención en particular por alguna cuestión diferente a los objetivos del estudio.
4. Aquéllos cuya permanencia en el hospital fuera menor a tres meses a partir de la primera evaluación.

Criterios de eliminación.

5. No se incluyeron en los análisis los datos del personal y estudiantes que no hubieran respondido por lo menos un 80% de los instrumentos evaluación.

Variables

Burnout

Para el presente estudio se conceptualizó como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por una evaluación negativa del comportamiento (pensamientos, emociones y conductas) hacia el trabajo. Se presenta una tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar su trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar emocionalmente agotados, por el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes o conductas de cinismo hacia las personas

destinatarias de su servicio, vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional (Gil-Monte, 2005).

Resiliencia

Se trata de una acción orientada a metas, respuesta sustentada o vinculada a una visión de los problemas como abordables; como conducta recurrente en visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos o proactivos ante los problemas; los cuales tienen como condición histórico-estructural a condiciones de base, es decir un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados (Saavedra y Villalta, 2008).

Satisfacción del usuario

Concebida como el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado (Vahey et al, 2004)

Instrumentos

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

Uribe-Prado (2007) construyó y validó la escala en México. Consta de 110 reactivos que evalúan tres componentes del síndrome de burnout (cansancio emocional, despersonalización e insatisfacción de logro), siete problemas psicosomáticos y variables sociodemográficas. Cuenta con validez de constructo y un índice alfa de Cronbach $\alpha = .89$. Para fines del presente estudio se utilizaron los tres componentes de burnout; agotamiento ($\alpha = .78$), despersonalización ($\alpha = .77$) e insatisfacción ($\alpha = .86$). En total sumaron 30 reactivos en escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta que van de “*totalmente de acuerdo*” a “*totalmente en*

desacuerdo". El instrumento cuenta con puntos de corte que van de 3 a 7 para la puntuación global. (véase el anexo 11).

Escala de resiliencia SV-RES para personal de salud

Se aplicó la Escala de resiliencia SV-RES, validada y adaptada en profesionales de la salud de México (estudio 1). Consta de 28 reactivos divididos en 6 factores, con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que oscilan de "*totalmente en desacuerdo*" a "*totalmente de acuerdo*". Cuenta con validez de criterio y concurrente además de consistencia interna, alfa de Cronbach $\alpha = .908$.

Para la presente investigación se utilizaron los valores mínimos y máximos para obtener rangos de puntuación en tres niveles (alto, moderado y bajo) para el puntaje total y para los 7 factores como medida estadística (véase el anexo 12).

Satisfacción del usuario

Los datos se obtuvieron del registro cuatrimestral que realiza el Departamento de Calidad de la Atención Médica. Esta información la recolecta el departamento de Trabajo Social mediante la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a usuarios del Hospital, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, (véase el anexo 13). Adicionalmente se realizó una segunda aplicación como *aval ciudadano* por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. El cuestionario está integrado por preguntas dicotómicas y de opción múltiple que evalúan dos dimensiones (calidad interpersonal y calidad en las organizaciones) en seis dominios: 1. Trato digno, 2. Atención oportuna, 3. Comunicación, 4. Autonomía, 5. Financiamiento y 6. Satisfacción (véase la Tabla 6). Los resultados se procesaron a través del Sistema Informático SESTAD de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Tabla 6. Dominios utilizados en las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

Dominios	Concepto
Trato digno	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.
Atención oportuna	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de la atención y a la recepción de ésta.
Comunicación	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de su tratamiento.
Autonomía	Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
Financiamiento	Se incluye el gasto de bolsillo .
Satisfacción	Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas de los usuarios .

Lineamiento para el Monitoreo Institucional de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México, 2018.

Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo del estudio por el Comité de Ética en Investigación del Hospital (véase el anexo 14) se contactó a los directivos, jefes de servicio y supervisores, para presentar los objetivos y procedimiento del estudio, se acordó la participación de quienes estuvieran interesados así como el acceso al personal de Psicología a cargo.

Se presentaron al personal y estudiantes los objetivos y procedimiento del estudio mediante presentaciones orales y publicidad impresa (véase el anexo 15), acordando su participación en sesiones de evaluación generales para los estudiantes y sesiones por servicio y turno para el personal adscrito.

La participación fue libre y se garantizó la confidencialidad, sujeta a la firma del consentimiento informado (véase el anexo 16).

Se evaluó a los participantes mediante la batería de autoinforme ya descrita, que evalúa diversas variables entre ellas burnout y

resiliencia compuesta en total por 192 reactivos, dentro de un espacio asignado por las autoridades.

Para los interesados que no pudieron asistir a las sesiones de evaluación se llevaron a cabo evaluaciones individuales hasta 15 días posteriores a la evaluación general pero garantizando las mismas condiciones y procurando mantener el mismo periodo entre evaluaciones (30 días).

En todas las evaluaciones se proporcionaban los materiales necesarios (lápices, goma y sacapuntas) y se les daban las mismas instrucciones de forma verbal y escritas para el correcto llenado de la batería.

Una vez concluidas las tres evaluaciones se llevó a cabo la captura de los datos, utilizando un procedimiento de ciego simple, donde cuatro psicólogos ajenos a la investigación calificaron los instrumentos y capturaron los datos utilizando el programa *SPSS Statistics*. Para eliminar errores de captura o sesgos se revisó el 30% de las capturas, seleccionadas aleatoriamente, de cada uno de los cuatro psicólogos encargados, garantizando la integridad de los datos.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo empleando las medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento y niveles de las variables. Así mismo, debido al nivel de las variables y la distribución de las variables se empleó un análisis de correlación rho de Spearman para identificar el grado de asociación entre las variables. Por último, para identificar posibles diferencias estadísticamente significativas entre aplicaciones, se empleó un análisis de Varianza de Friedman.

Resultados

Niveles de Burnout

Estudiantes de Enfermería

La figura 1 los resultados de burnout en las tres aplicaciones a alumnos en servicio social y residentes de posgrado. Las tres evaluaciones muestran niveles iniciales de *en peligro* y *quemado* (54.7% y 12.5% respectivamente). A lo largo del tiempo el nivel de peligro va en decremento terminando con 18% menos en comparación a la primera evaluación. Por el contrario, el nivel de *quemado* incrementó el mismo porcentaje en su última evaluación con relación a la primera.

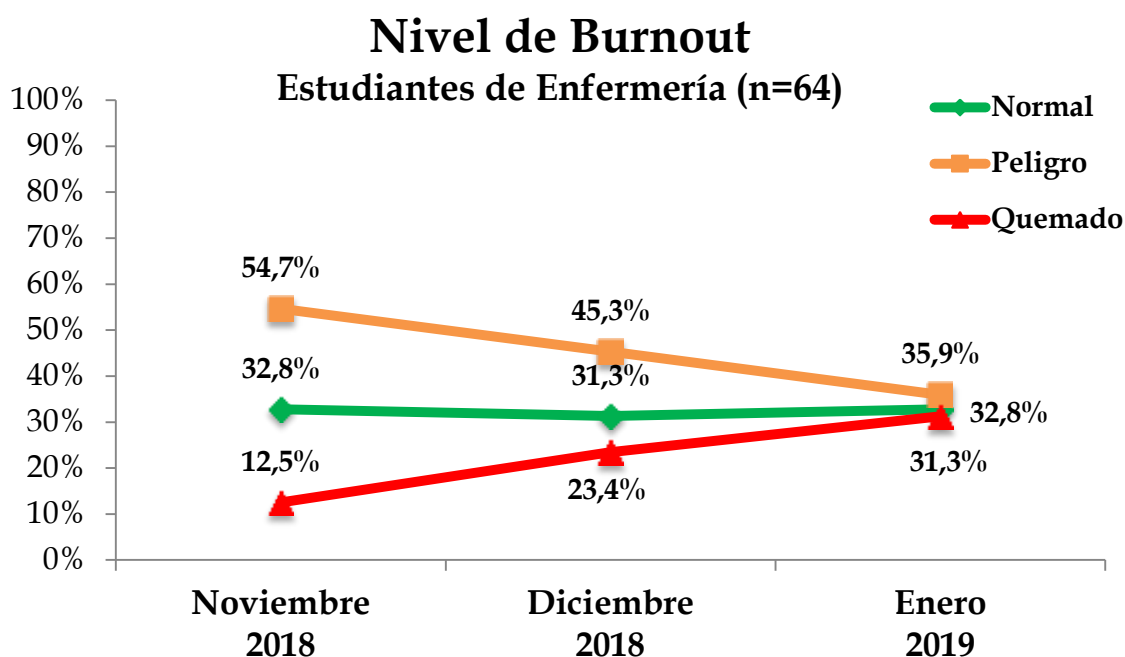


Figura 1. Niveles de Burnout, estudiantes de enfermería

Un seguimiento individual de los participantes (personal y estudiantes) que obtuvieron niveles de *peligro* y *quemado* en su primera evaluación, (véase el anexo 17) reveló que 8 de 8 estudiantes de enfermería que obtuvieron un nivel *quemado* en la primera evaluación se mantuvieron con el mismo nivel en la tercera. Respecto al nivel de *peligro*, 16 de 35 se mantuvieron y el resto incrementó su nivel a *quemado*.

Estudiantes de Medicina

La figura 2 muestra los niveles de burnout de los estudiantes de medicina (practicantes de servicio social, médicos internos de pregrado y médicos residentes), donde niveles de peligro y quemado se presentan inicialmente con 55.7% y 21.7% respectivamente. A lo largo de las tres evaluaciones el nivel de peligro muestra una ligera disminución terminando con 5% menos en comparación a la primera evaluación. En cuanto al nivel de *quemado* los niveles son prácticamente iguales con un incremento de 1% durante la segunda evaluación en comparación a la primera y disminuyendo 2% en la tercera evaluación.

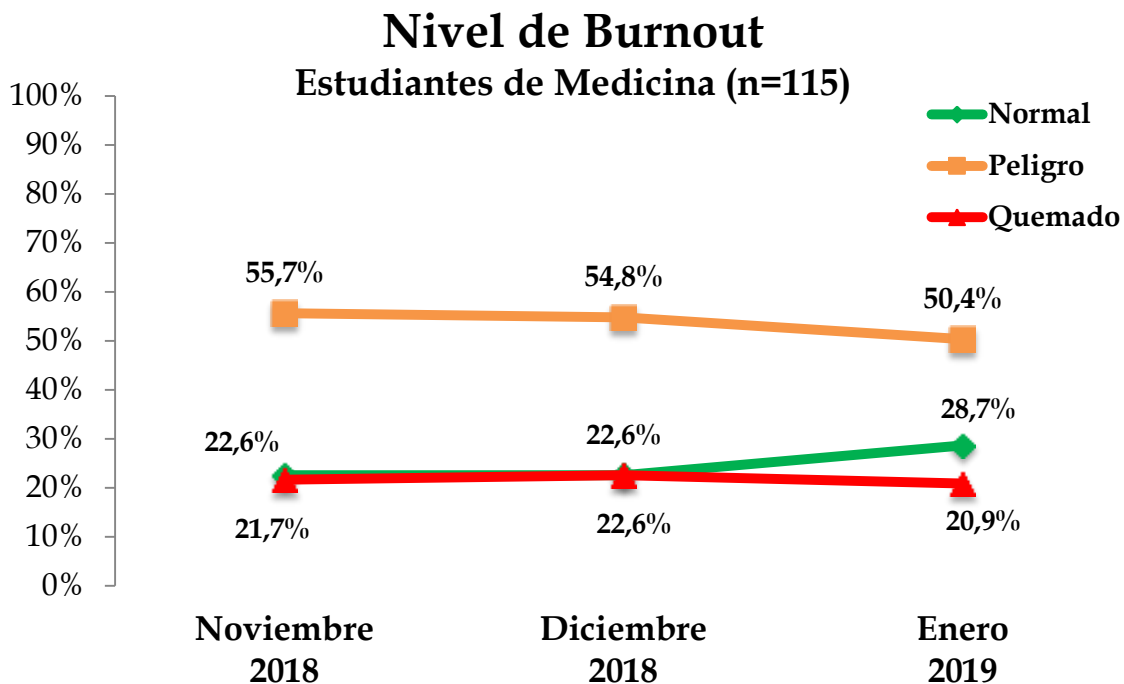


Figura 2. Niveles de Burnout, estudiantes de medicina.

El análisis individual mostró que de los participantes que obtuvieron niveles de peligro en su primera evaluación 36 de 64 mantuvieron los niveles en la tercera evaluación y 14 de los 64 incrementó a nivel de *quemado*. De los participantes que puntuaron niveles de *quemado* al inicio, 7 de 19 se mantuvieron con los mismos niveles en la tercera evaluación.

Personal de Enfermería

En relación con el personal de enfermería los niveles de burnout se observan en la figura 3 donde los niveles de *peligro* y *quemado* se presentan con 37.6% y 9.6% respectivamente (primera evaluación). A lo largo de las evaluaciones se presenta un decremento en el nivel de peligro del 7% mientras que el nivel de quemado de mantiene constante.

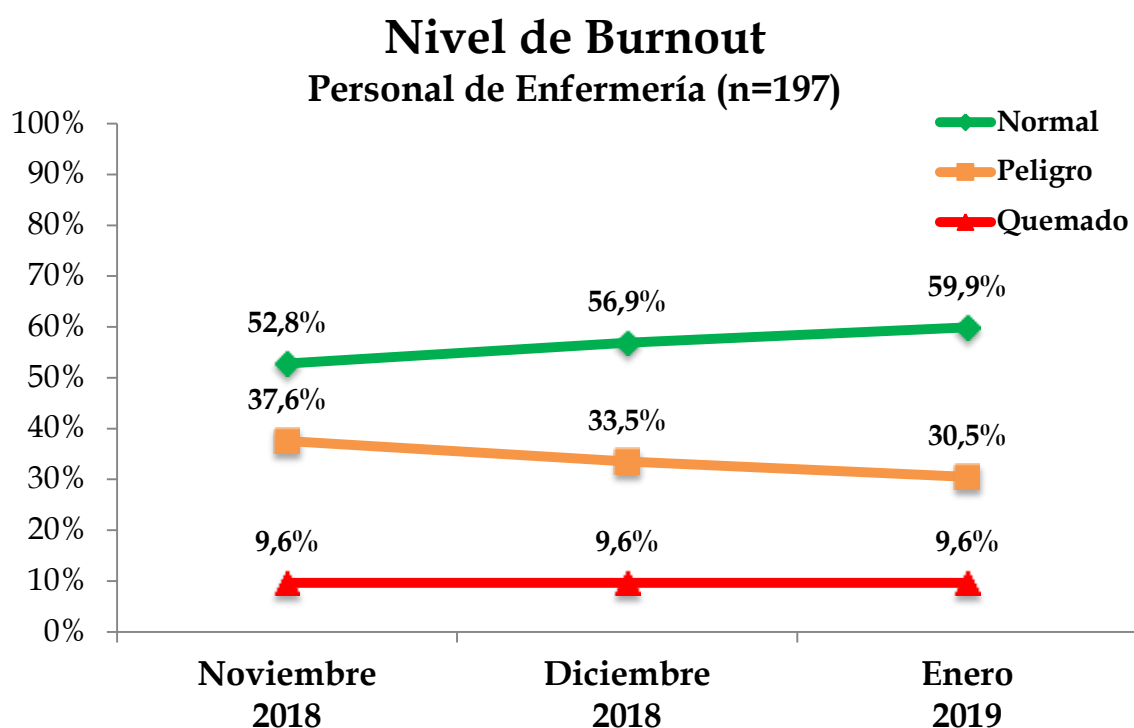


Figura 3. Niveles de Burnout, personal de enfermería.

En el seguimiento individual se encontró que de los participantes que puntuaron nivel de peligro en su primera evaluación, 43 de 74 se mantuvo con el mismo nivel en la tercera evaluación y 10 de los 74 puntuó un nivel mayor, mientras que de los participantes que puntuaron quemado al inicio 8 de 19 se mantuvieron con el mismo nivel en la última evaluación.

Personal Médico.

Para el personal de medicina los datos obtenidos en relación a la variable de burnout se presentan en la figura 4. Se observan los niveles de *peligro* y *quemado* iniciales con 27.4% y 9.6% respectivamente. A lo largo del tiempo se observa que el nivel de *peligro* oscila, teniendo un decremento en la segunda evaluación y un incremento en la tercera, con su punto más alto al final con 28.8%. El nivel de *quemado* mantiene un ligero decremento a lo largo de las tres evaluación terminando con 3% menor en comparación a la primera evaluación.

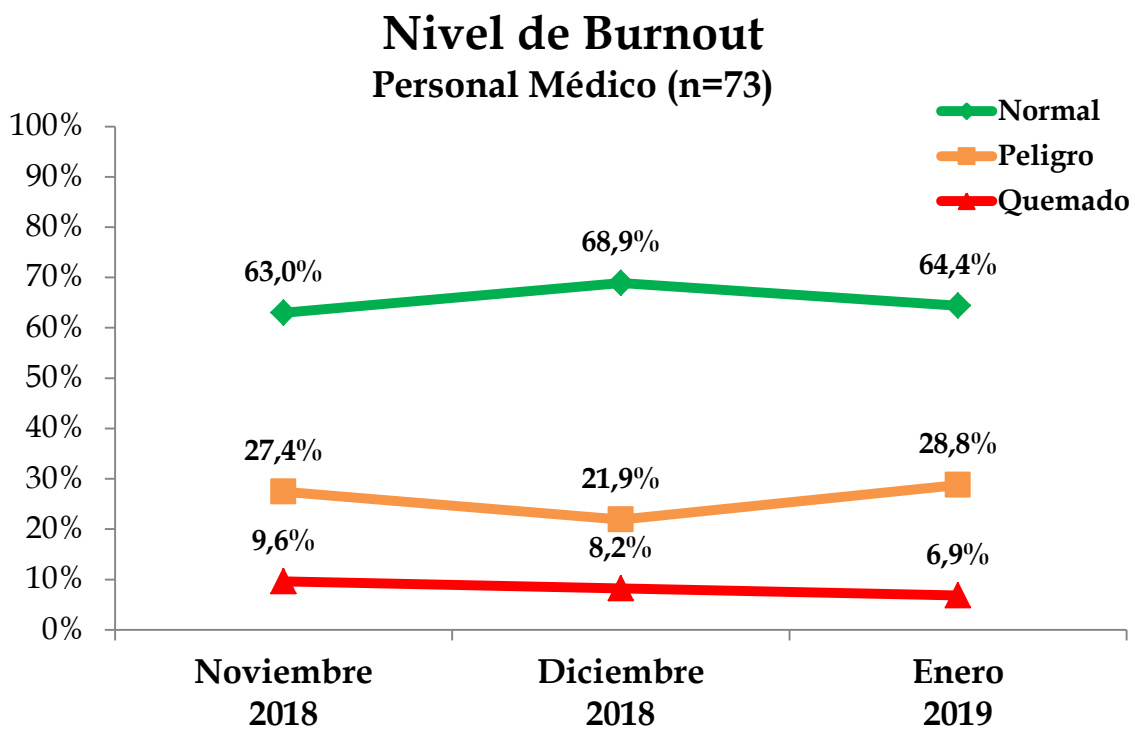


Figura 4. Niveles de Burnout, personal de medicina.

El análisis individual reveló que los participantes que puntuaron en el nivel de *peligro* en su primera evaluación, 14 de 20 se mantuvieron en el mismo nivel para la tercera evaluación, mientras que los participantes que inicialmente puntuaron en el nivel de *quemado*, 5 de 7 se mantuvieron al final con el mismo nivel.

Niveles de Resiliencia

Estudiantes de Enfermería

En cuanto a la variable Resiliencia, los estudiantes de enfermería presentan niveles altos a lo largo de las tres evaluaciones. En la primera evaluación obtuvieron un porcentaje del 73.4%, no obstante en el seguimiento hubo un ligero incremento en la segunda evaluación a 76.6%, y para la tercera evaluación disminuyó a 73.4%.

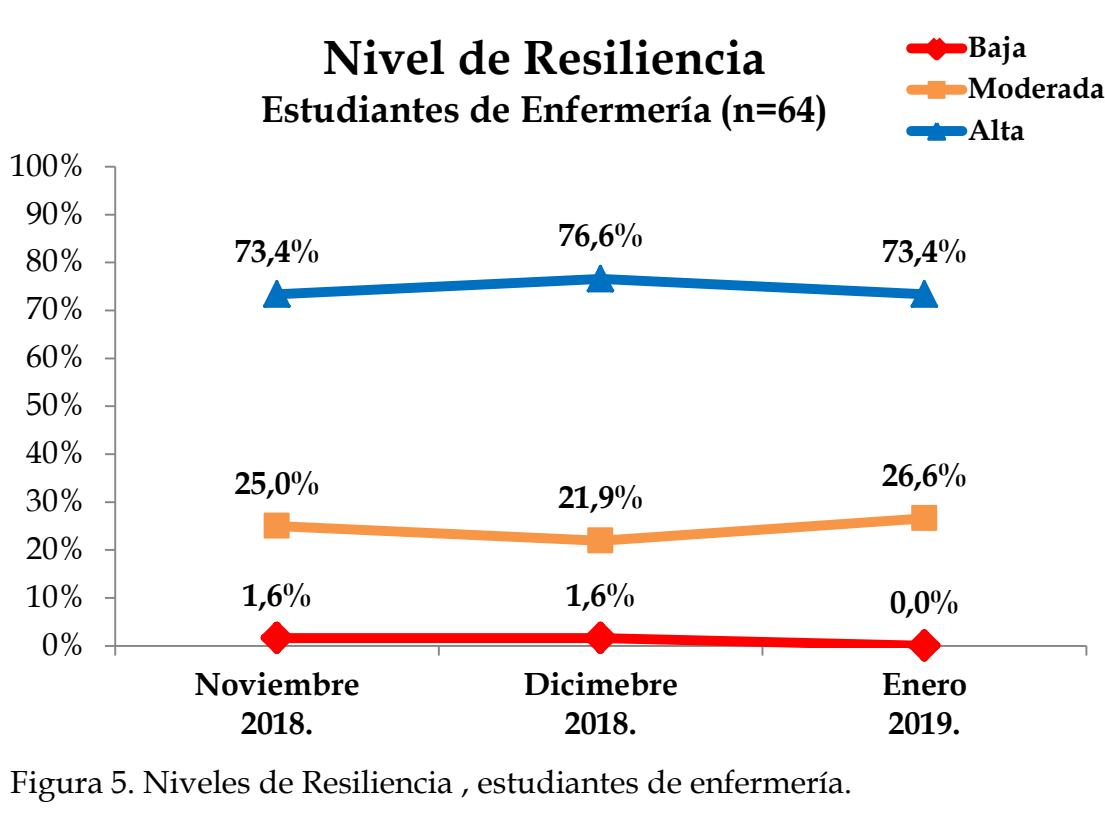


Figura 5. Niveles de Resiliencia , estudiantes de enfermería.

Se realizaron análisis descriptivos (estudiantes y personal) para identificar el comportamiento de los seis factores que componen la variable de resiliencia (véase el Anexo 18). Más del 80% de los estudiantes de enfermería tuvieron niveles altos de *autoeficacia*, *apoyo emocional* y *uso de apoyo social* durante las tres evaluaciones. En contraste, el factor con mayor afectación es *relaciones sociales*, (entre 29.7% y 25% de los participantes) quienes puntuaron en la categoría baja durante las tres evaluaciones, seguido por el factor de *control emocional*, en el cual entre el 53.1% y el 60.9% obtuvieron puntaje alto.

Estudiantes de Medicina

Los estudiantes de medicina arrojaron niveles altos de resiliencia, oscilando por encima del 85% en las tres evaluaciones: en la primera con 86.1% de participantes con nivel alto. La segunda se mantuvo el mismo porcentaje de la primera evaluación y en la tercera incrementó ligeramente a 87.8%.

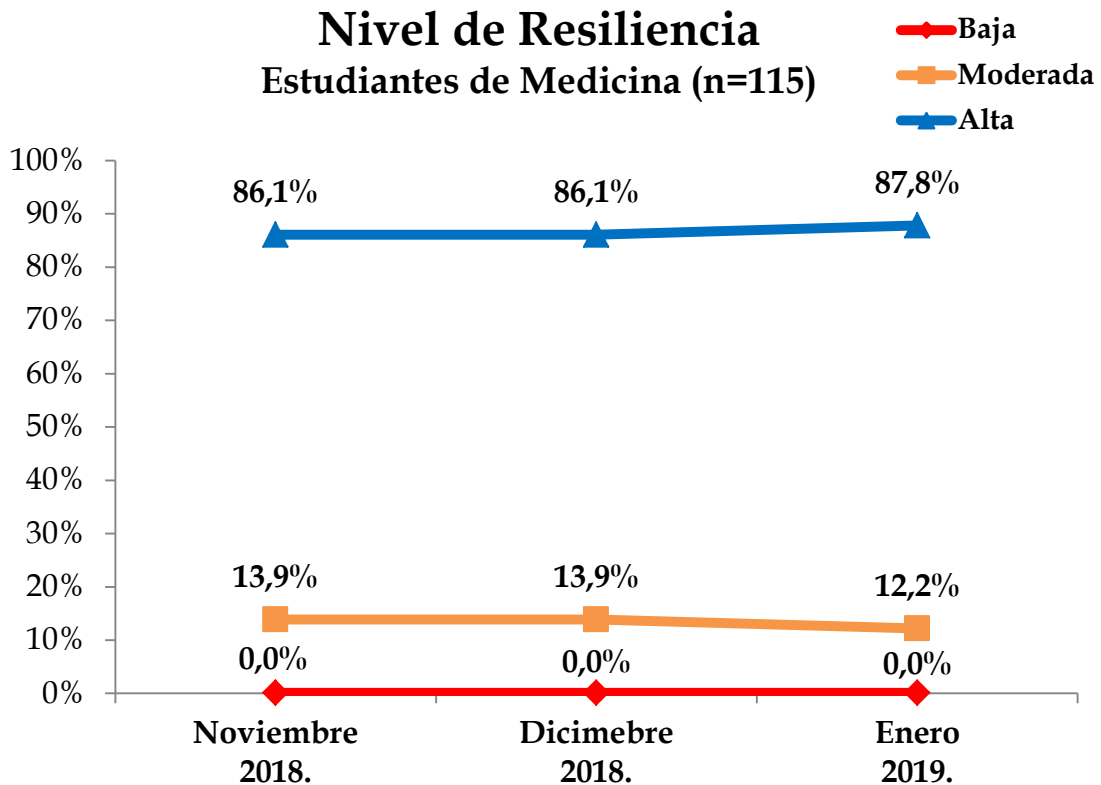


Figura 6. Niveles de Resiliencia , estudiantes de medicina.

El análisis de los factores específicos mostró que durante las tres evaluaciones más del 81% de los estudiantes de medicina puntuaron niveles altos en todos los factores a excepción de: *control emocional* (los que puntuaron alto osciló entre 71.3% y 78.3%) y *relaciones sociales* donde, entre el 22% a 28% de los participantes puntuaron con nivel bajo.

Personal de Enfermería

En cuanto al personal de enfermería se obtuvieron niveles altos de resiliencia: en la primera evaluación el 84.8% obtuvo puntajes altos, incrementándose a 87.8% durante la segunda evaluación y disminuyendo a 85.8% en la última.

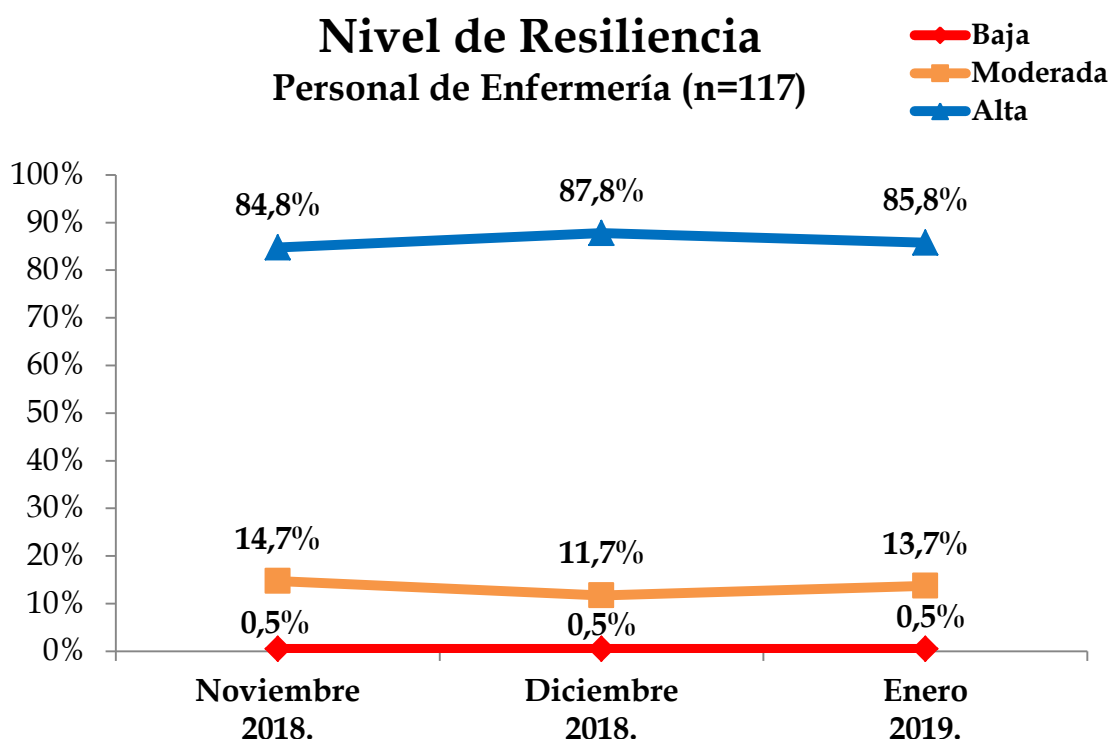


Figura 7. Niveles de Resiliencia , personal de enfermería.

Para los factores que componen la resiliencia, durante las tres evaluaciones más del 80% de los participantes puntuaron niveles altos en todos los componentes a excepción de: *control emocional* (los que puntuaron alto osciló entre 78% y 79%) y *relaciones sociales* (los que puntuaron bajo osciló entre 11% y 13%).

Personal Médico

El personal médico mostró los niveles más altos de resiliencia en el presente estudio superando el 90% de los participantes en la categoría de alta resiliencia incrementándose de la primera a la segunda evaluación (94.5% a 95.9%) y regresando a 94.5% en la última evaluación.

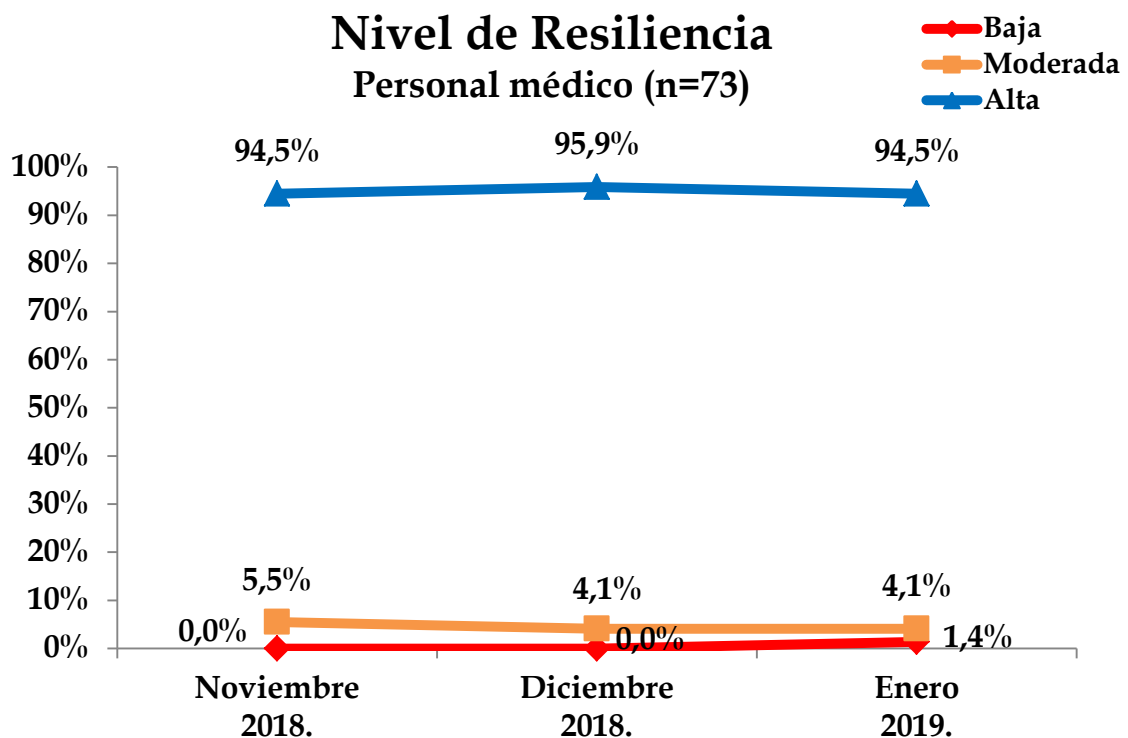


Figura 8. Niveles de Resiliencia , personal médico.

En cuanto a los factores específicos de la resiliencia más del 80% de participantes puntuaron a lo largo de las tres evaluaciones niveles altos en todos los factores a excepción *control emocional* donde solo la tercer evaluación supero el 90% (los que puntuaron alto osciló entre 83% y 91%) y en *relaciones sociales* en el cual entre 12% y 19% obtuvieron un nivel bajo.

Satisfacción del usuario.

Las tablas 7 y 8 muestran los resultados de la *Encuesta de Satisfacción, trato adecuado y digno* del Departamento de Calidad de la Atención Médica del hospital, de mayo a diciembre. Los resultados preliminares del periodo Enero a Junio de 2019, divididas en tres áreas o servicios: Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización.

Tabla 7. Satisfacción de usuarios, Mayo - Diciembre 2018

Dominio	Consulta Externa (n= 1130)		Hospitalización (n= 1802)		Urgencias (n= 1913)	
	Monitor	Externo	Monitor	Externo	Monitor	Externo
Trato digno	94.6%	81.1%	66.3%	79.8%	93.4%	81.8%
Oportunidad	62.5%	86.7%	62.8%	62.0%	67.3%	64.5%
Comunicación	94.5%	87.9%	97.4%	57.8%	94.4%	70.4%
Autonomía	94.8%	88.0%	48.3%	62.0%	93.6%	75.7%
Financiamiento	82.1%	71.8%	58.6%	90.0%	86.7%	79.9%
Calidad Percibida / Satisfacción	75.6%	84.3%	83.2%	73.0%	73.9%	43.2%

Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México, 2018.
Porcentaje esperado = 90%

En el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018 los porcentajes de usuarios satisfechos (dominio *calidad percibida / satisfacción*) se encuentran aproximadamente 20% por debajo de lo esperado (90% a 95%). En consulta externa 75.64% se encuentra satisfecho por el servicio y atención médica recibida con aumento a 84.30% en la encuesta de la fuente "Aval ciudadano". En hospitalización el 83.18% se encuentra satisfecho con 73% en el aval ciudadano. En el servicio de urgencias 73.92% se encuentra satisfecho disminuyendo a 43.18% en el aval ciudadano.

Para el periodo de enero a junio los resultados preliminares de la encuesta de Satisfacción *Trato Adecuado y Digno* indican porcentajes acordes a lo esperado de usuarios satisfechos por el servicio y atención médica en dos de las tres áreas evaluadas. En consulta externa el 97.0% de los usuarios estuvieron satisfechos con el servicio según el monitor institucional. Sin embargo este porcentaje fue de 81.3% en las encuestas del aval ciudadano; en hospitalización se reporta un 95.7% de usuarios satisfechos con 92.0% por el aval ciudadano. En el área de urgencias ambas evaluaciones se encuentran por debajo de lo esperado con 80.0% (monitor institucional) y 66.0% (aval ciudadano) de usuarios satisfechos.

Tabla 8. Satisfacción de usuarios, Enero – Junio, 2019.

Dominio	Consulta Externa		Hospitalización		Urgencias	
	Monitor (n=163)	Externo (n=150)	Monitor (n=174)	Externo (n=150)	Monitor (n=155)	Externo (n=150)
Trato digno	100%	97.3%	97.8%	97.3%	95.2%	92.6%
Oportunidad	70.4%	56.3%	79.8%	83.3%	66.6%	45.8%
Comunicación	98.9%	98.6%	99.2%	99.3%	90.9%	94.0%
Autonomía	94.1%	89.3%	95.7%	78.0%	87.4%	88.0%
Financiamiento	95.9%	69.3%	98.5%	78.0%	94.1%	61.3%
Calidad Percibida/ Satisfacción	97.0%	81.3%	95.7%	92.0%	80.0%	66.0%

Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno, datos preliminares enero a junio, 2019.
Porcentaje esperado = 90%

Análisis de correlación

Debido a las características y niveles de medición de las variables estudiadas se computó un análisis de correlación de rho de Spearman para explorar la asociación entre burnout y resiliencia (Tabla 9) y sus componentes (Tablas 10, 11, 12 y 13).

Los resultados indican correlaciones negativas, moderadas y estadísticamente significativas entre las variables de interés que incrementan su fuerza de asociación a lo largo de las evaluaciones.

Tabla 9. Coeficientes de correlación rho de Spearman entre la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional y Escala Resiliencia SV-RES.

	Estudiantes de Enfermería	Estudiantes de Medicina	Personal de Enfermería	Personal Médico
1ª Evaluación	-.377**	-.414**	-.497**	-.477**
2º Evaluación	-.591**	-.554**	-.623**	-.616**
3ª Evaluación	-.574**	-.535**	-.621**	-.697**

**p<.01

La figura 9 muestra los datos de los estudiantes de enfermería, la correlación inicial fue de $r=-.377$, ($p<.01$) con una fuerza de asociación que incrementa en las siguientes evaluación en comparación a la primera.

Burnout - Resiliencia

Estudiantes de enfermería (n=64)

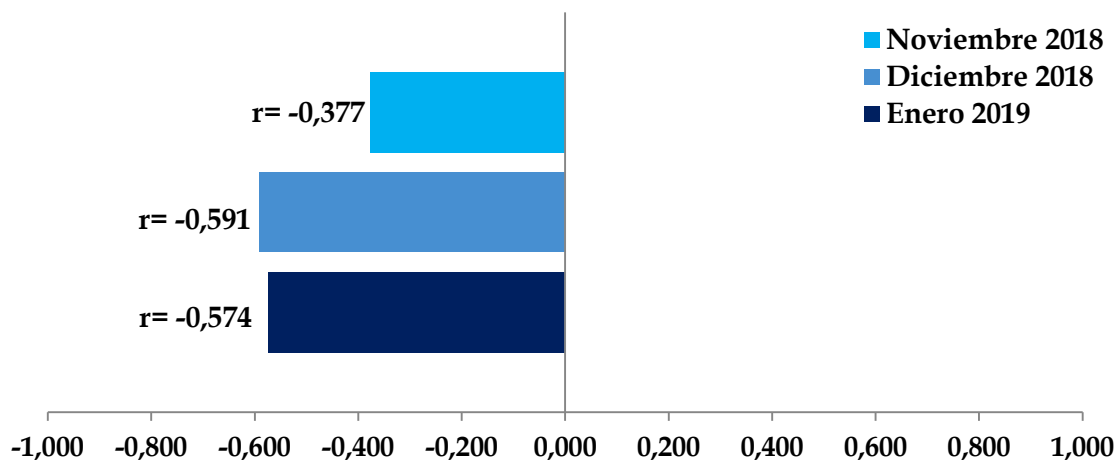


Figura 9. Correlación Burnout - Resiliencia, estudiantes de enfermería.

Los estudiantes de medicina (Figura 10) mostraron un incremento entre la primera y la segunda evaluación de $r=-.414$ a $r=-.554$, ($p<.01$) y un decremento durante la última evaluación $r=-.535$, ($p<.01$).

Burnout - Resiliencia

Estudiantes de medicina (n=115)

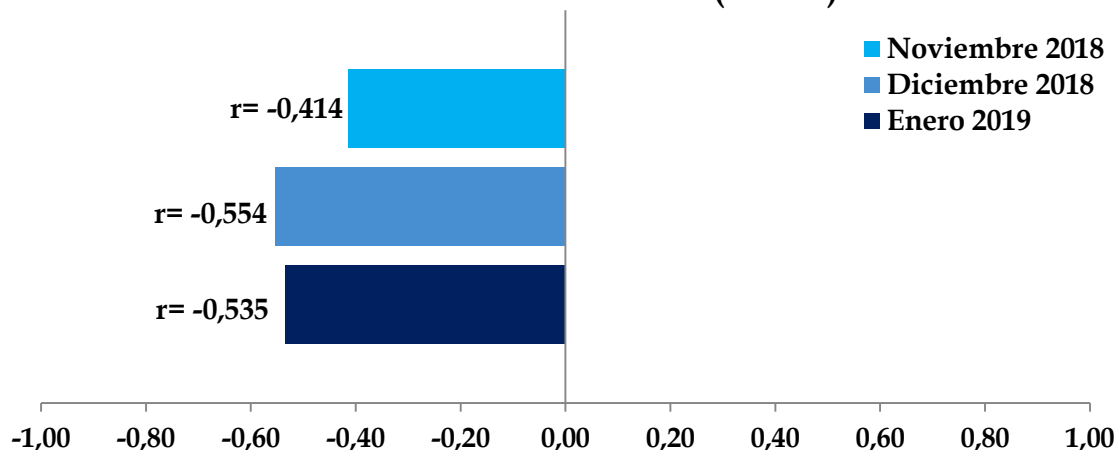


Figura 10. Correlación Burnout - Resiliencia, estudiantes de medicina.

De la misma forma para el personal de enfermería (figura 11) la fuerza de asociación incrementó de la primera a la segunda evaluación ($r=-.497$ a $r=-.623$, $p<.01$) y disminuyó ligeramente durante la tercera ($r=-.621$, $p<.01$).

Burnout - Resiliencia Personal de enfermería (n=117)

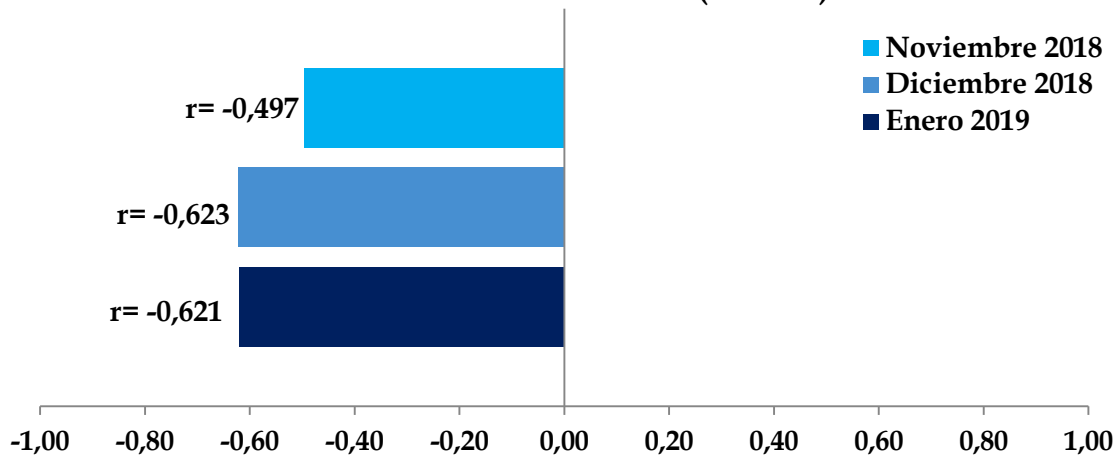


Figura 11. Correlación Burnout - Resiliencia, personal de enfermería.

Por último en el personal médico se obtuvo un incremento constante a lo largo de las tres evaluaciones, con una medición inicial de ($r=-.477$, $p<.01$) y una correlación final de ($r=-0.697$, $p<.01$)

Burnout - Resiliencia Personal médico (n=73)

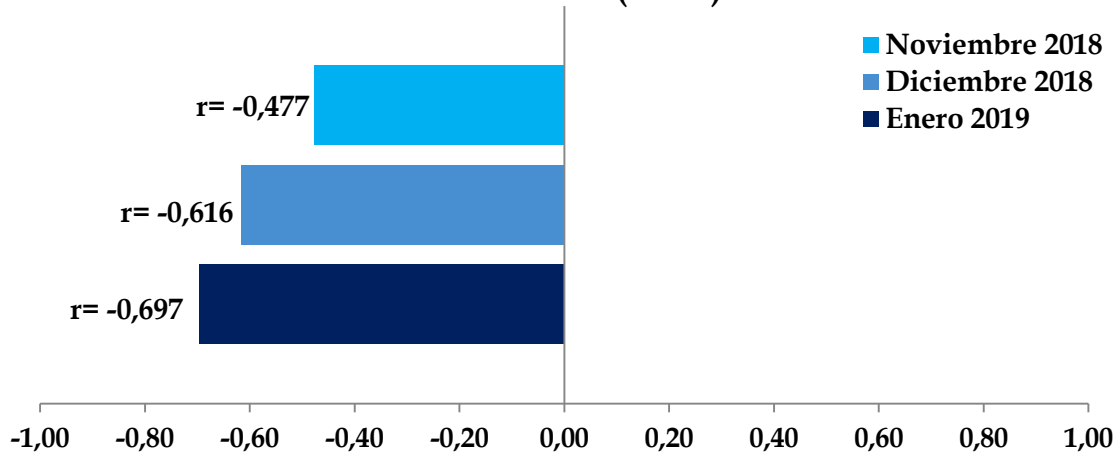


Figura 12. Correlación Burnout - Resiliencia, personal médico.

En cuanto a los factores de resiliencia, los resultados revelaron correlaciones negativas, de leve a moderadas y estadísticamente significativas en los siete factores de los estudiantes y personal médico y de enfermería que variaron a lo largo de las evaluaciones.

Para los estudiantes de enfermería se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas, que incrementaron su fuerza de asociación a través del tiempo (en al menos dos evaluaciones consecutivas) en todos los factores a excepción del factor *redes sociales* donde sólo hubo asociación significativa en la segunda evaluación ($r=-.455$; $p<.01$).

Los factores donde están presentes las asociaciones mas altas son; *Autoconcepto*, tercera evaluación ($r=-.580$; $p<.01$), *Apoyo emocional*, tercera evaluación ($r=-.508$; $p<.01$) y *Control emocional*, segunda evaluación ($r=-.497$; $p<.01$).

Tabla 10. Estudiantes de enfermería. Correlación Burnout y factores de resiliencia.

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre Desgaste Ocupacional y componentes de Resiliencia.			
Factores de Resiliencia	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019
F1. Autoeficacia	-.297*	-.302*	-.449**
F2. Relaciones sociales	-.165	-.455**	-.223
F3. Apoyo emocional	-.179	-.417**	-.508**
F4. Control emocional	-.213	-.497**	-.450**
F5. Uso de apoyo	-.410**	-.385**	-.439**
F6. Autoconcepto	-.279	-.419**	-.580**

** $p<.01$ * $p<.05$

En los estudiantes de medicina se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas, de leves a moderadas, que incrementaron su fuerza de asociación a través del tiempo a excepción de *Redes sociales* y *Control emocional* donde las correlaciones de la tercera evaluación resultaron menores a la primera evaluación.

Los factores con asociaciones mas fuertes fueron; *Control emocional*, segunda evaluación ($r=-.552$; $p<.01$), *Autoeficacia*, segunda evaluación, ($r=-.505$; $p<.01$) y *Autoconcepto*, tercera evaluación, ($r=-.5480$; $p<.01$).

Tabla 11. Estudiantes de medicina. Correlación Burnout y factores de resiliencia.

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre Desgaste Ocupacional y componentes de Resiliencia.			
Factores de Resiliencia	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019
F1. Autoeficacia	-.296**	-.505**	-.481**
F2. Relaciones sociales	-.358**	-.393**	-.320**
F3. Apoyo emocional	-.194**	-.393**	-.355**
F4. Control emocional	-.372**	-.552**	-.344**
F5. Uso de apoyo social	-.213*	-.311**	-.271**
F6. Autoconcepto	-.432**	-.324**	-.480**

** $p<.01$ * $p<.05$

Para el personal médico y de enfermería los resultados mostraron correlaciones negativas, estadísticamente significativas, de leves a moderadas, en los siete factores durante las tres evaluaciones, las cuales resultaron con mayor fuerza de asociación en la tercera evaluación a comparación de la primera.

En el personal de enfermería los factores con las asociaciones más altas fueron; *Autoconcepto*, segunda evaluación, ($r=-.618$; $p<.01$), *Autoeficacia*, segunda evaluación, ($r=-.541$; $p<.01$) y *Control emocional*, tercera evaluación, ($r=-.474$; $p<.01$).

Tabla 12. Personal de Enfermería. Correlación Burnout y factores de resiliencia.

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre Desgaste Ocupacional y componentes de Resiliencia.			
Factores de Resiliencia	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019
F1. Autoeficacia	-.443**	-.541**	-.519**
F2. Relaciones sociales	-.365**	-.435**	-.385**
F3. Apoyo emocional	-.232**	-.387**	-.425**
F4. Control emocional	-.393**	-.459**	-.474**
F5. Uso de apoyo	-.123	-.327**	-.289**
F6. Autoconcepto	-.530**	-.618**	-.611**

** $p<.01$ * $p<.05$

En el personal médico los factores con las asociaciones más altas fueron; *Autoconcepto*, segunda evaluación, ($r=-.601$; $p<.01$), *Redes sociales*, tercera evaluación, ($r=-.612$; $p<.01$) y *Autoeficacia*, tercera evaluación, ($r=-.577$; $p<.01$).

Tabla 13. Personal Médico. Correlación entre Burnout y factores de resiliencia.

Coeficientes de correlación rho de Spearman entre Desgaste Ocupacional y componentes de Resiliencia.			
Factores de Resiliencia	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019
F1. Autoeficacia	-.347**	-.540**	-.577**
F2. Relaciones sociales	-.499**	-.541**	-.612**
F3. Apoyo emocional	-.337**	-.423**	-.544**
F4. Control emocional	-.230	-.404**	-.450**
F5. Uso de apoyo	-.114	-.364**	-.454**
F6. Autoconcepto	-.476**	-.601**	-.592**

** $p<.01$ * $p<.05$

Comparación entre mediciones

Se computó la prueba de análisis de Varianza de Friedman para identificar posibles diferencias entre las mediciones de burnout, resiliencia y sus componentes. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas solo para la variable de burnout en los estudiantes de medicina. ($\chi^2.397$, gl 2, $p<.005$) (véase la tabla 7).

Tabla 10. Resultados de la prueba de análisis de varianza de Fredman, para la comparación de las variables de burnout y la resiliencia.

	Variable	χ^2	gl	p
Estudiantes de Enfermería	Resiliencia	.256	2	.880
	Burnout	3.800	2	.150
Estudiantes de medicina	Resiliencia	2.936	2	.230
	Burnout	10.613	2	.005*
Personal de enfermería	Resiliencia	3.447	2	.178
	Burnout	.0834	2	.079
Personal médico	Resiliencia	1.114	2	.573
	Burnout	4.224	2	.121

* p< .05

En cuanto a los seis componentes de la resiliencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mediciones de los estudiantes y del personal de enfermería y medicina. (véase anexo 19)

A fin de identificar las diferencias a nivel intra-sujeto en la variable de burnout de los estudiantes de medicina se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres posibles comparaciones. (véase la tabla 8).

Tabla 11. Resultados de la prueba de rasgos de Wilcoxon para la comparación entre mediciones para la variable de burnout en los estudiantes de medicina.

	Variable	Z	p*
Estudiantes de medicina	1ª Evaluación - 2ª Evaluación	-1.147	.579
	2ª Evaluación - 3ª Evaluación	-2.000	.131
	1ª Evaluación - 3ª Evaluación	-1.805	.198

p< .05

p* Significancia ajustada (corrección de bonferroni)

Discusión

El objetivo del estudio 2 fue evaluar la asociación de burnout con las variables de resiliencia y satisfacción del usuario en estudiantes y personal médico y de enfermería de un Hospital General público, así como detectar la presencia del síndrome de “Burnout” y los niveles de las variables de resiliencia y satisfacción del usuario y explorar cambios a lo largo del tiempo (comparación intrasujetos).

El análisis de los resultados muestran que existen asociaciones significativas, moderadas y negativas entre niveles el burnout y la resiliencia, que incrementan su fuerza de asociación a lo largo del tiempo en estudiantes así como en el personal médico y de enfermería. Esto indica claramente que, en estudiantes y personal de salud, menores niveles de resiliencia se asocian consistentemente con mayores niveles de burnout. Este resultado concuerda con lo documentado en varios estudios (García-Izquierdo et al., 2016; Chaukos et al, 2017; McCain et al., 2017; Deldar et al., 2018; Rios-Risquez, Dorote, 2018; Foster et al, 2109; Yu, et al., 2019). Sin embargo, es de destacarse que el presente estudio por primera documenta variaciones simultáneas de diversas variables con distintos orígenes, en una muestra grande de personal de salud que trabaja en hospitales.

De acuerdo con estos resultados parecería que los estudiantes y personal que poseen apropiadas capacidades resilientes tienden, en efecto, a presentar menores niveles de desgaste ocupacional (burnout), aunque, en lo general, sigue tratándose de un problema creciente en los profesionales de la salud que trabajan en hospitales.

En cuanto a la asociación de los siete factores de resiliencia y burnout, los resultados revelan que, si bien el burnout presenta relaciones con todos los factores de resiliencia en estudiantes y personal de enfermería y medicina, existen factores donde la relación parece ser particularmente fuerte.

En estudiantes así como en el personal médico y de enfermería, *la autoeficacia, el autoconcepto y el control emocional*, presentan asociaciones especialmente notorias. Ambas relaciones concuerdan con resultados de estudios previos, pero en aquéllos se evalúan los elementos por separado y principalmente con estudiantes y personal de enfermería (Alfugaha et al., 2019; Wang et al., 2019).

En cuanto al *control emocional*, varios estudios documentan su relación con el burnout en enfermeras (Liebana-Presa et al., 2017; Szczygiel y Mikolajczak, 2018) y médicos (Ortiz-Acosta y Beltran-Jimenez, 2011; Popa-Velea et al, 2019; Shahid et al., 2018). Un mayor control emocional (descrito mayormente como inteligencia emocional) parece beneficiar en la reducción del desgaste profesional.

Por otro lado, los resultados muestran que la *autoeficacia* tiene mayor relación con el burnout en todo profesional de la salud que trabaja en hospitales. Adicionalmente estudios con resultados similares indican que altos niveles de burnout se asocian con menor eficacia que puede expresarse en poca confianza en habilidades y competencias básicas propias de los profesionales de la salud (medicina y enfermería) y en casos extremos el abandono de la profesión (Aygün y Mevsim, 2019; Chang et al, 2018; Janko y Smeds, 2019; Liu y Aunguroch, 2019).

El *apoyo social* podría ser el elemento con mayor efecto protector percibido de la resiliencia, (APA Help Center, 2019). Los resultados del presente estudio muestran asociaciones notorias en estudiantes y personal entre burnout y factores directamente relacionados con el apoyo social.

En los estudiantes de enfermería y medicina los factores específicos más claramente asociados con burnout fueron *apoyo emocional y relaciones sociales*. Esto indicaría que los estudiantes que presentan mayores niveles de burnout tienden a percibir escaso apoyo por

parte de su círculo social para sentirse mejor, y una afectación importante en la relación con familia, amigos y compañeros.

Para el personal médico y de enfermería, el factor relacionado al apoyo social presente con mayor claridad en su asociación con el burnout es *relaciones sociales*. Este hallazgo reflejaría que el personal con altos niveles de estrés perciben una mayor afectación en la relación con su familia, amigos y compañeros de trabajo. Esto también significaría que la relación entre apoyo social es bidireccional.

Otros estudios en poblaciones similares concuerdan con estos resultados (Aygün y Mevsim, 2019; Chen et al, 2020; Hamama, 2019; Ma et al, 2019; Liu y Aunguroch, 2019), reflejando la importancia de contar con personas de confianza para el desarrollo de la resiliencia.

Si bien los resultados revelan una clara relación entre resiliencia y burnout, los factores de la primera parecen tener un peso distinto entre estudiantes y personal médico y de enfermería. Esto podría deberse a distintas situaciones que sobrepasan la intención del presente pero probable que un precipitador del burnout podrían ser condiciones organizacionales como el rol y las funciones que tienen dentro del hospital, especialmente en presencia de características personales e incluso quizá sociodemográficas.

Es importante resaltar que si bien con los presentes resultados no es posible una explicación causal, la asociación entre las variables es notoria, y nos permite identificar no solo dicha asociación si no su comportamiento a lo largo del tiempo. Es viable pensar que la capacidad de resiliencia (y sus elementos) son un factor importante de protección ante las actividades estresantes de los profesionales de la salud. El peso de esta interacción ocurre desde su formación hasta su quehacer profesional en de las instituciones públicas de atención a la salud. Las intervenciones orientadas al fortalecimiento de

habilidades y estrategias resilientes beneficiarían el afrontamiento del desgaste profesional.

Los niveles de Burnout como datos de detección de necesidades

Los niveles de burnout encontrados en los estudiantes de enfermería son importantes en todas sus expresiones incluyendo *en peligro* (sintomatología elevada de al menos dos componentes de burnout), y de niveles altos en los tres componentes de burnout. Es importante resaltar el incremento de más de la mitad de los participantes iniciales con presencia de burnout a lo largo de las evaluaciones. Estos resultados concuerdan con los niveles más altos reportados en investigaciones extranjeras (Tomaschewski-Barlem et al., 2014; Uribe y Illesca, 2017; Wang et al., 2019). No sólo es notoria la presencia de burnout como problema presente en los estudiantes de enfermería sino que se incrementa a lo largo del tiempo. Un hallazgo importante de resaltar es que los participantes que puntuaron en el nivel de *quemado* al inicio de la investigación se mantuvieron con la misma intensidad, al final, mas del 75% que puntuaron *en peligro* al principio se mantuvieron como tal o incrementaron sus síntomas.

Las altas prevalencias de burnout en los estudiantes de medicina son similares a las documentadas en estudios mexicanos y extranjeros (Athié-Gutiérrez et al., 2016; Díaz-Juárez, 2017; Frajerman et al, 2019; Hansell et al, 2019; Low et al, 2019; Ortega et al., 2014). El comportamiento del burnout a lo largo del tiempo denota resultados que difieren de otros estudios (O'Connor et al., 2017) ya que se mantienen en porcentajes similares, con ligera disminución, en las tres evaluaciones. Además, la mitad de los estudiantes de medicina que puntuaron *en peligro* y *quemado* mantuvieron o incrementaron ese nivel durante el transcurso de la investigación.

El personal de enfermería obtuvo niveles similares a los documentados en estudios extranjeros (Rezaei et al, 2018; Li et al., 2018; Molina-Praena et al., 2018; Cañadas-De la Fuente et al., 2018;

Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019) y ligeramente por encima a lo reportado en estudios transversales de México (Flores-Ramos et al., 2018; Chico-Barba et al., 2019). Es de resaltar que los niveles con presencia de sintomatología de burnout se mantuvieron en porcentajes similares con una ligera disminución al final de la investigación. A diferencia de los estudiantes de medicina y enfermería, solo el 30% del personal que presentó niveles con presencia de burnout (*peligro* y *quemado*) al inicio, mantuvo o incrementó la intensidad de los síntomas en el transcurso de la investigación.

El personal médico obtuvo los niveles más bajos de *peligro* y *quemado* en el presente estudio. Estos resultados concuerdan con los niveles más bajos reportados en la literatura internacional (Chuang et al., 2016; Medisauskaite y Kamau, 2017; Moreira et al., 2018) y son menores a los otros estudios nacionales (Landa-Ramírez et al., 2017; Palmer et al., 2005). Asimismo, sólo el 26% del personal *en peligro* y *quemado* al inicio, mantuvo o incrementó la intensidad de sus síntomas en el transcurso del presente estudio.

Así, los resultados de esta investigación sitúan a los estudiantes de enfermería y medicina como la población más vulnerable a presentar desgaste por el trabajo ya que, en promedio, de 6 a 7 de cada 10 estudiantes presentan este síndrome.

Si bien estos resultados no nos permiten especificar una explicación, las diferencias encontradas respecto a la literatura (principalmente en el personal de enfermería) podría deberse a dos cambios importantes en la organización presentados durante el momento de las evaluaciones: 1. se eliminó la “suplencia” en el personal de enfermería, pues aproximadamente a la semana cubrían 3 turnos adicionales a su horario normal de trabajo, lo que implicaba 24 horas extra de labores y 2. por falta de presupuesto y cambios en los proveedores, hubo una reducción alarmante de los materiales e insumos. Estos cambios pudieron impactar de diferentes formas;

Para los estudiantes de enfermería el hecho de reducirse el personal por la eliminación de suplencias, pudo representar mayor carga de trabajo a sus actividades dentro del hospital, en consecuencia su nivel de burnout tuvo un incremento notorio y de manera mas rápida a lo reportado en la literatura de investigación, a pesar de tener un periodo vacacional a mitad de la investigación. Si bien se ha señalado que las vacaciones tienen un efecto positivo como descanso de las actividades laborales, este efecto frecuentemente se desvanece pronto, al iniciar nuevamente las actividades laborales (De Blomm et al, 2009).

Para el personal de enfermería la eliminación de las suplencias actuó de dos formas importantes: a) se incrementó considerablemente la carga de trabajo, pues de atender a 3-4 pacientes al día se incrementó a 6-7 pacientes al día. Sin embargo al no cubrir turnos adicionales a su horario establecido, tuvieron en promedio 24 horas a la semana de descanso extra de lo acostumbrado, esto pudo mitigar la carga extra de trabajo y mantener los niveles de burnout sin un incremento notorio.

En cuanto a los estudiantes de medicina la carencia de insumos pudo haber generado incertidumbre y una carga mayor de estrés. La falta de materiales redujo el número de usuarios a los servicios de salud, disminuyendo las oportunidades de práctica y aprendizaje. Cubrieron sus horarios habituales (guardias), sin ser productivas académicamente, lo que pudo mermar los efectos positivos del periodo vacacional, manteniendo los niveles de burnout sin cambios notorios.

Si bien estas posibles hipótesis superan el alcance de explicaciones puntuales de este estudio, concuerdan con el peso que conllevan los factores organizacionales reportados como elementos importantes en la presencia de burnout (Gil -Monte y Peiró, 1999, Maslach et al., 2001, Schaufeli, et al., 2009).

La comparación entre mediciones no reveló diferencias significativas ni en estudiantes ni en personal médico o de enfermería, sin embargo los niveles de burnout obtenidos en toda la población participante pueden seguir considerándose como alarmantes.

Niveles de resiliencia

Los resultados obtenidos en la presente investigación revelaron niveles altos de resiliencia en estudiantes y personal de enfermería y medicina, parecidos a los reportados en otras investigaciones de poblaciones (Chaukos et al, 2017; Dorote, 2018; Foster et al, 2109; McCain et al, 2017; Ríos-Rísquez et al, 2016; Walpita y Arambepola, 2019; Yu et al, 2019)

El seguimiento a lo largo de las evaluaciones mostró que los estudiantes de enfermería y el personal de medicina mantuvieron sus niveles de resiliencia, entre la primera y última evaluación, mientras que en los estudiantes de medicina y personal de enfermería tuvieron un ligero aumento. Cabe resaltar que las evaluaciones donde se reportaron los niveles más bajos de resiliencia también se reportaron niveles más altos de burnout y viceversa.

El seguimiento a los factores de resiliencia mostró que la autoeficacia así como el *uso de apoyo social y emocional* parecen ser los factores más fuertes de la resiliencia tanto en estudiantes como en personal médico y de enfermería. En contraste, los factores que presentan los niveles más bajos a lo largo de las tres evaluaciones son *control emocional*, así como *relaciones sociales* para estudiantes y para personal adscrito.

Satisfacción del usuario

Los niveles de satisfacción del usuario para ambos periodos (mayo-diciembre, 2018 y enero-junio, 2019) estuvieron por debajo de lo esperado institucionalmente. De mayo a diciembre de 2018 se obtuvieron los niveles mas bajos 73% a 83% en las tres áreas evaluadas por el monitor interno del hospital y de 43% a 84% en las evaluaciones realizadas por el evaluador externo, con el área de urgencias quien obtuvo los niveles mas bajos. Los niveles oscilaron entre 80% y 97% según el monitor interno y de 66% a 92% por el externo, siendo nuevamente el área de urgencias quien reportó los niveles mas bajos.

Los niveles bajos de satisfacción de los usuarios pueden deberse a varias razones. Una, específica al presente estudio consistió en que el hospital, durante los periodos de evaluación, principalmente de mayo a diciembre de 2018, se encontraba en remodelación debido a los daños de infraestructura causados por el sismo del 19 de septiembre de 2017. Se cerraron áreas importantes en los servicios impidiendo que funcionaran con normalidad lo que trajo consigo una saturación de los servicios, tiempos de espera mas largos y una reducción de la capacidad de atención a usuarios. Estas condiciones pudieron repercutir directamente en una percepción negativa del usuario para con el servicio.

Si a estas condiciones peculiares se agregan otras típicas de algunos servicios como el de urgencias, se pueden explicar sus bajos niveles de satisfacción. Quienes llenan los cuestionarios en el área de urgencias normalmente son los familiares de los pacientes y, en ocasiones, los pacientes mismos. Las urgencias médicas suelen ocurrir en condiciones especialmente estresantes lo que puede sensibilizar a los usuarios a muy diversas variables. Entre estos factores pueden predominar los de naturaleza interpersonal pues, en esas condiciones los familiares usualmente sienten una especial necesidad de estar informados. Un hospital con recursos limitados (en prácticamente todo sentido) dificilmente cuenta con suficiente

personal para atender las relaciones con los familiares. Además, cualquier evento negativo como el empeoramiento o el deceso de un paciente va a complicar las reacciones emocionales de los familiares quizá potenciándose con una percepción (usual en hospitales generales públicos) de una atención menos cordial o personalizada.

Por último, es importante mencionar que a pesar de que los resultados del presente estudio así como los de la literatura científica arrojan buena cantidad de luz sobre los factores que modulan el burnout, lo cual podría orientar el diseño de intervenciones basadas en la resiliencia como medida preventiva o incluso asistencial de afrontamiento al desgaste profesional, las condiciones organizacionales juegan un papel importante por lo que deberían ser consideradas a la par en futuras investigaciones e intervenciones y el presente estudio prácticamente no abordó condiciones institucionales específicamente vinculables al desarrollo del burnout tales como carencia de reglas o consecuencias específicas ante interacciones interpersonales defectuosas o agresivas por parte de supervisores o autoridades para con subordinados.

Conclusión

Se obtuvo una opción viable y metodológicamente válida y confiable para el estudio de la resiliencia en profesionales de la salud en las condiciones sociales y culturales de México. Es probable que indirectamente se haya contribuido a esclarecer el concepto para fortalecer una línea homóloga en estudios futuros.

Se observó el comportamiento del burnout y la resiliencia a lo largo del tiempo en profesionales de la salud en México, contribuyendo a la escasa literatura nacional y diferenciando entre estudiantes y personal de salud hospitalaria debido a la importancia que tienen ambos para los servicios de salud pública en nuestro país.

Recomendaciones

En cuanto al estudio 1, el instrumento validado aun requiere de un análisis factorial confirmatorio y de la determinación de puntos de corte clínicamente utilizables, por lo que se sugiere trabajar en ello, para corroborar la estructura factorial y obtener puntuaciones que faciliten la prescripción de intervenciones (principalmente remediales).

En el estudio 2, sería importante, a futuro, buscar formas que, sin deterioro de los niveles de validez y confiabilidad de los instrumentos, se pudiera reducir la longitud total de la batería. Los participantes en estudios como el presente, especialmente en escenarios hospitalarios suelen disponer de poco tiempo para contestar cuestionarios pues los distrae de actividades que frecuentemente son prioritarias o se perciben como tales. Debido a que esta investigación fue parte de un proyecto mayor, se evaluaron todas las variables contempladas de manera conjunta, entre ellas resiliencia y burnout, lo que derivó en una batería de más de 100 reactivos. Aunque coloquialmente los aplicadores no notaron reacciones de rechazo, siempre es posible que esto pueda haber influido en algunas respuestas.

Por otro lado en esta investigación únicamente se incluyeron evaluaciones por medio de instrumentos de autoinforme, por lo que los resultados podrían verse sesgados por la deseabilidad social, lo cual podría incrementar la percepción de la capacidad de resiliencia o minimizar o normalizar las consecuencias del burnout. Sería necesario contemplar nuevas formas de evaluación con las cuales contrastar los datos obtenidos en los cuestionarios de autoinforme, tales como sistemas de observación conductual no invasivos, que no interfieran con actividades y susceptibles de medición confiable.

Específicamente para la variable de satisfacción del usuario, las limitaciones en cuanto a la información proporcionada por el hospital no permitió observar directamente su asociación con el

resto de las variables. Se sugiere valorar la posibilidad de tener mayor control sobre dicha variable en futuras investigaciones.

También se recomienda continuar abordando esta línea de investigación, ya que la resiliencia y sus factores parecen ser variables protectoras medulares tanto para estudiantes como para personal de salud. Por último se sugiere aumentar el tiempo entre evaluaciones, ya que en la literatura de investigación sugiere incrementos del burnout en ciertos momentos especialmente importantes, sobre todo en estudiantes. (Rudman & Gustavsson, 2012; Rudman et al., 2014).

Referencias

- Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., y Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>
- Alfuqaha, O. A., Alkawareek, M. Y., & Alsharah, H. S. (2019). Self-evaluation and professional status as predictors of burnout among nurses in Jordan. *PloS One*, 14(3), e0213935.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213935>
- Aliaga, A.F. (2000). Validez de la investigación causal. Tipologías y evolución. *Bordón*, 52(3), 301-321.
- APA Help Canter (2019). The road tu Resilience. American Psychological Association. Recuperado 29 febrero, 2019, de <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A. D. (2013). Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 25(6), 491-495.
<https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135>.
- Athié Gutiérrez, C., Cardiel Marmolejo, L. E., Camacho Aguilera, J., Mucientes Avellaneda, V. M., Terronez Girón, A. del M., Cabrera Mora, N. A., ... Sainos Ramírez, C. A. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020>
- Aygun, O., & Mevsim, V. (2019). The impact of family physicians' thoughts on self-efficacy of family physician's core competencies on burnout syndrome in İzmir: A nested case-control study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(2), 167-173.
https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_77_18

- Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). Violence is not part of our job: A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(9), 647-655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- Ballinas-Aguilar, A., Alarcón-Morales, C. y BalseiroAlmario, C. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 17*(1), 23-29.
- Barraza - Macias, A. B. (2011). Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 13*(2), 51-74. Recuperado 25 febrero, 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80220774004.pdf>
- Bayley, N. (1968). Behavioral correlates of mental growth: Birth to thirty-six years. *American Psychologist, 23*(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037690>
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel S L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 18*(6), 1-13. <https://doi.org/10.7275/qv2q-rk76>

- Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1), 43–47.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.1.43>
- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health*, 20(2), 146–156.
 doi:10.3109/09638237.2010.541300
- Bronkhorst, B, Tummers, L., Steijn, B., & Viverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. doi:10.1097/HMR.000000000000026
- Cañadas-De la Fuente, G., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 1-13.
 doi:10.3390/ijerph15102102
- Carta, M. G., Preti, A., Portoghese, I., Pisanu, E., Moro, D., Pintus, M., ... Grassi, L. (2017). Risk for Depression, Burnout and Low Quality of Life Among Personnel of a University Hospital in Italy is a Consequence of the Impact One Economic Crisis in the Welfare System? *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 13, 156–167. doi:10.2174/1745017901713010156
- Chaukos, D., Chad-Friedman, E., Mehta, D. H., Byerly, L., Celik, A., McCoy, T. H., & Denninger, J. W. (2017). Risk and Resilience Factors Associated with Resident Burnout. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(2), 189–194. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0628-6>

Chico-Barba, G., Jiménez-Limas, K., Sánchez-Jiménez, B., Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Castillo-Pérez, R., & Tolentino, M. (2019). Burnout and Metabolic Syndrome in Female Nurses: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1-11. doi: 10.3390/ijerph16111993

Chen, J., Li, J., Cao, B., Wang, F., Luo, L., & Xu, J. (2020). Mediating effects of self-efficacy, coping, burnout, and social support between job stress and mental health among young Chinese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 163-173. <https://doi.org/10.1111/jan.14208>

Cherniss, C. (1980) Professional burnout in the human service organizations. New York : Praeger.

Chang, H.-Y., Friesner, D., Chu, T.-L., Huang, T.-L., Liao, Y.-N., & Teng, C.-I. (2018). The impact of burnout on self-efficacy, outcome expectations, career interest and nurse turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), 2555-2565. <https://doi.org/10.1111/jan.13776>

Chuang, C.-H., Tseng, P.-C., Lin, C.-Y., Lin, K.-H., & Chen, Y.-Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), 1-12. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005629>

Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.018>

Collantes, I. P. (2012). Prevención de riesgos psicosociales y salud mental. En M. P. Collantes y J. I. Marcos. La salud mental de las y los trabajadores (23-44). España: Wolters Kluwer España, S.A.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Deldar, K., Froutan, R., Dalvand, S., Gheshlagh, R. G., & Mazloum, S. R. (2018). The Relationship between Resiliency and Burnout in Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 6*(11), 2250–2256. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.428>
- Díaz-Juárez, C.M. (2017). Resiliencia, sintomatología ansiosa, depresiva y burnout en médicos internos (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México. Recuperado 25 Marzo, 2019, de <http://132.248.9.195/ptd2017/abril/0757855/Index.html>
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los sanitarios. *Rev calidad asistencial, 17*(1), 22-29. Malaga. Recuperado 13 agosto, 2019, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02774708>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCEs. (2019). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). Recuperado 25 agosto, 2019, de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
- Dorote, C. (2018). Síndrome de Burnout y resiliencia en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina, Perú. Recuperado 25 febrero, 2019, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8318/Dorote_cn%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Dunn, L. B., Iglewicz, A., & Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: Promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 32(1), 44-53. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.1.44>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., ... Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341. Doi. 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
- Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(3), 301-303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>
- Fernández de Araujo, L., & Bermúdez, M. de la P. (2015). Resiliencia en adultos: Una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>
- Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atem Primaria*. 31(8), 1-10. Recuperado 25 febrero, 2019, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-estres-laboral-un-nuevo-13047736>

- Ferrano P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). Análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 18-33.
- Flores-Ramos, M., Sánchez-Jiménez, B., Reyna, S., Rodríguez-Ventura, A. L., y Ochoa, D. C. (2018). Factores relacionados a la presencia del síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras del Sector Salud, Ciudad de México. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(3), 1-8.
<https://doi.org/10.29105/respyn17.3-1>
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J.-A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 71-85.
<https://doi.org/10.1111/inm.12548>
- Frajerman, A., Morvan, Y., Krebs, M.-O., Gorwood, P., & Chaumette, B. (2019). Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 55, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165.
- García-Moran, M. Y Gil-Lacruz M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-33.
- García-Vesga, M.C. y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gil-Monte, P. (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). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *PsicoPediaHoy*, 3(5).
- Gil-monte, P. (2003) Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(3), 181-197.
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid; Pirámide.
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), 1-9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- González, E. I., y Pérez, E. S. (2012). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*. 15(27), 8-22.
- Greenberger, D., y Padesky, C., (1998). El control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios. Barcelona: Grupo Planeta.
- Grimaldo, A.C., y Padilla, L. S., (2015). El síndrome de burnout en el personal de enfermería y la influencia en el trato digno al paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna en el hospital "Dr. Gustavo Baz Prada". Nuevas perspectivas en la investigación transdisciplinaria "II Encuentro Internacional sobre el Género en la Salud, Tecnología, Sustentabilidad y Educación.140-155.

- Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. Buenos Aires. Paidós.
- Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Stokar, Y. N., Pat-Horenczyk, R., Brom, D., & Bron-Harlev, E. (2019). Burnout and perceived social support: The mediating role of secondary traumatization in nurses vs. physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-11. <https://doi.org/10.1111/jan.14122>
- Hansell, M. W., Ungerleider, R. M., Brooks, C. A., Knudson, M. P., Kirk, J. K., & Ungerleider, J. D. (2019). Temporal Trends in Medical Student Burnout. *Family Medicine*, 51(5), 399-404. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.270753>
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- He, S., Chen, Y., Zhan, J., Wu, J., & Opler, M. (2014). Job Burnout, Mood State, and Cardiovascular Variable Changes of Doctors and Nurses in a Children's Hospital in China. *ISRN Nursing*, 386719, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2014/386719>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª edición. México: McGraw-Hill.
- Hernández, V.C., Dickinson, M.E. y Fernández, O.M. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 51 (1), 11-14.

- Howe, A., Smajdor, A., & Stöckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical education*, 46(4), 349-356.
- Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*, 10(4), 242-245.
<https://doi.org/10.1111/tct.12014>
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *The Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640.
- Janko, M. R., & Smeds, M. R. (2019). Burnout, depression, perceived stress, and self-efficacy in vascular surgery trainees. *Journal of Vascular Surgery*, 69(4), 1233-1242.
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.07.034>
- Jiménez, V., Ortega, V., Cruz, A., Cruz, C., Quintero, B., Mendoza, R., ... Hernández, T. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11(2), 58-65.
- Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática *Salud Mental*, 37(2), 159-176.
- Kagan, J. (1975). Resilience in cognitive development. *Ethos*, 3(2), 231-247. <http://dx.doi.org/10.1525/eth.1975.3.2.02a00100>

- Kerlinger, F., y Lee, H., (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw Hill. México.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Landa-Ramírez, É., Rangel-Domínguez, N. E., Villavicencio-Carranza, M. A., Weingerz-Mehl, S., Reyes-Saavedra, M. I., González-Álvarez, V. R., ... Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27(2), 245-254.
- Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2019). Work stress, perceived social support, self-efficacy and burnout among Chinese registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1445-1453. <https://doi.org/10.1111/jonm.12828>
- Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, E. y Morán A. C. (2017). Relación entre la inteligencia emocional y el burnout en estudiantes de enfermería. *Psychology, Society, & Education*. 9(3), 335-345. Doi 10.25115/psyse.v9i3.856.
- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>

- Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., ... Ho, R. C. (2019). Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>
- Lusilla, M. D., y Castellano-Tejedor, C., (2014). Resiliencia y Burnout: ¿Dos caras de la misma moneda en profesionales sanitarios? *Seminari del CORE: Vulnerabilitat, Resiliència i Biomarcadors en Psicopatología*, Recuperado 27 Marzo, 2019, de https://ddd.uab.cat/pub/posters/2014/132904/CSM14_pilarlusilla.pdf
- Ma, H., Qiao, H., Qu, H., Wang, H., Huang, Y., Cheng, H., Teng, C., Diao, K., Zhang, X., & Zhang, N. (2019). Role stress, social support and occupational burnout among physicians in China: a path analysis approach. *International Health*. 1-7. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz054>
- Martínez, P. A., (2010) El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach, C. (1993), "Burnout: a multidimensional perspective", in Schaufeli, W.B., Maslach, C. y Marek, T. (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (19-32), Washington, DC: Taylor & Francis
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1997), MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. *Consulting Psychologists Press*, (4), 191-218.

- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Mayer, R. E. (1974). Acquisition and resilience under test stress of structurally different problem solving procedures. *Dissertation Abstracts International*, 34(8-B), 4091-4092.
- McCain, R. S., McKinley, N., Dempster, M., Campbell, W. J., & Kirk, S. J. (2017). A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgraduate Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134683>
- McKinley, N., Karayiannis, P. N., Convie, L., Clarke, M., Kirk, S. J., & Campbell, W. J. (2019). Resilience in medical doctors: A systematic review. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1121), 140–147. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136135>
- Medisauskaite, A., & Kamau, C. (2017). Prevalence of oncologists in distress: Systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1732-1740. <https://doi.org/10.1002/pon.4382>
- Mendiola, I., (2015). Percepción de la calidad de vida profesional, síndrome de burnout y autocuidado de las enfermeras del sector salud de Tamaulipas, que cuidan a enfermos crónicos y terminales en Cd. Victoria Tamaulipas, México (tesis doctoral). Universidad de Alicante. España. Recuperado 27 abril, 2019, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57105/1/tesis_mendiola_infante.pdf
- Mikalauskas, A., Benetis, R., Širvinskas, E., Andrejaitienė, J., Kinduris, Š., Macas, A., y Padaiga, Ž. (2018). Burnout Among Anesthetists and Intensive Care Physicians. *Open Medicine*, 13, 105-112. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0017>

- Mingote, A. J. C., Pino, C. P., Sánchez, A. R., Gálvez, H. M. y Gutiérrez G. M. D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*. 57 (1), 188-205.
<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>
- Mingote, A., Moreno J., y Gálvez, H., (2004). Degaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*, 123(7), 265-270.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74484-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74484-X)
- Mira, J. J., Aranaz, J. 2000. "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria". *Medicina Clínica*, 114, 26-33.
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Morales, V. P. (2013). El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Madrid: Facultad d Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia comillas, 1-46. Recuperado, 15 enero, 2019 de
http://www.eio.uva.es/~valentin/ad3d/anadat/afc/comillas_AnalisisFactorial.pdf
- Moreira, H. A., Souza, K. N., y Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(0). doi: 10.1590/2317-6369000013316
- Moreno-Cid, M. D. T., Castro, S. S., & Castro, A. B. S. (2015). Enfermera con Síndrome de Burnout. *Revista enfermería docente*. 5(104), 39-43.

- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. *OECD Publishing*. Recuperado 29 Marzo, 2019, de <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre la atención primaria de salud, URSS. Recuperado 29 Enero, 2019 de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&ask=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en Febrero, 2018.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization*. Ginebra, *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 29 enero, 2019, de http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Recuperado 27 Marzo, 2019, de https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Ortega, M. E., Ortiz, G. R. y Martínez A. J. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad *Terapia Psicológica*. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago*, 32(2), 235-242.

- Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *EducMed*, 14(1), 49-55.
- Ortunio, C., y Guevara, R. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y salud*, 14(2), 96-105.
- Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R. y Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesthesiólogos. *Salud Mental*, 21(8), 82-91.
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11).
<https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pedraza-Melo, N., Lavín-Verástegui, J., González-Tapia, A. y Bernal-González, I. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, 10 (2), 76-89.
- Polanco G., C., Castañón G., J., Buhse, T., Samaniego M., J., Arreguín N., R. y Villanueva M., S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L. V., Gheorghe, I. R., Olariu, O., Panaitiu, I., Cernițanu, M., Goma, L., Nicov, I., & Spinei, L. (2019). Factors Associated with Burnout in Medical Academia: An Exploratory Analysis of Romanian and Moldavian Physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 1-13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16132382>

- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Quero, V. M., (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12 (2), 248-252.
- Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. R., De la Fuente-Solana, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/jcm8010092>
- Reith, T. P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12), 1-9. <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>
- Reyes Lagunes, I. L., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante: Un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón, & I. Reyes Lagunes (Eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rezaei, S., Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Soroush, A., & Nouri, B. (2018). Prevalence of burnout among nurses in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 65(3), 361-369. <https://doi.org/10.1111/inr.12426>
- Ríos-Risquez, M. I., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>

- Ríos-Risquez, M. I., García-Izquierdo, M., Sabuco-Tebar, E. de L. A., Carrillo-García, C., & Martínez-Roche, M. E. (2016). An exploratory study of the relationship between resilience, academic burnout and psychological health in nursing students. *Contemporary Nurse*, 52(4), 430–439.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1213648>
- Roberts, J., Laughlin, J. y Wedell, D. (1999) Validity Issues in the Likert and Thurstone Approaches to Attitude Measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 59(2), 211-233.
- Robledo-Galvan, H., Meljem, j., Fajardo G. y Olvera, D. (2012) De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*, 17 (2), 172-175.
- Rodríguez, J. (2013). Salud Mental en la APS. En Rodríguez, J. y Minoletti, A. (Ed), Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria (1-8). Washington, DC : OPS, 2013.
- Roldán, A. Y Quijano B., (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generalesde Bogotá. Una estrategia de calidad labor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198-205.
- Rössler, W. (2014). [Depression and burnout]. *Praxis*, 103(18), 1067–1070. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001776>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576.
<https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>

- Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010>
- Rudman, A., Gustavsson, P., & Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612-624.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012>
- Saavedra, G. Y Villalta, P. (2008) Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*. 14, 31-40.
- Saavedra, E. (2003). El enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos resilientes. España: Universidad de Valladolid.
- Salkind, N.J. (1999). Métodos de investigación. 3ra ed. México: Prentice Hall.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, 1-12.

- Saturno-Hernández, P. J., Gutierrez-Reyes, J. P., Vieyra-Romero, W. I., Romero-Martínez, M., O'Shea-Cuevas, G. J., Lozano-Herrera, J., ... Hernández-Ávila, M. (2016). Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos. *Salud Pública de México*, 58(6), 685. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.8323>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256–262. <https://doi.org/10.1080/02678370500385913>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schüler-Schneider, A., Schneider, B., & Hillert, A. (2011). [Burnout as a disease category]. *Psychiatrische Praxis*, 38(7), 320–322. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276895>
- Shadish, W. R., Cook, D. T. y Campbell, D. T. (2002). *Experimental And Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. New York: Unknown Publisher. Recuperado 29 abril, 2019 de <https://pdfs.semanticscholar.org/9453/f229a8f51f6a95232e42acfae9b3ae5345df.pdf>
- Shahid, R., Stirling, J., & Adams, W. (2018). Promoting wellness and stress management in residents through emotional intelligence training. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 681-686. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S175299>
- Segura, O. (2014). Burnout: Concepts and implications affecting public health. *Biomédica*, 34(4), 535–545. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2315>

- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (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. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725-732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
- Sotile, W. M., Fallon, R. S., & Simonds, G. R. (2019). Moving From Physician Burnout to Resilience. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(3), 480-490. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000444>
- Soto Fuentes, P. E., Barrios Araya, S., & Molina Muñoz, Y. (2017). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 99-111. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000300099>
- Soto-Rodríguez, A., & Pérez-Fernández, M. R. (2015). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en personal de enfermería en un hospital de ourense. *Revista Rol de Enfermería*, 38(2), 101-106.

- Szczygiel, D. D., & Mikolajczak, M. (2018). Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Frontiers in Psychology, 9*, 2649. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02649>
- Talih, F., Warakian, R., Ajaltouni, J., Shehab, A. A. S., & Tamim, H. (2016). Correlates of Depression and Burnout Among Residents in a Lebanese Academic Medical Center: A Cross-Sectional Study. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 40*(1), 38–45. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0400-3>
- Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. J. (2016). [Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México]. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 54*(2), 242–248.
- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today, 36*, 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.016>
- Thompson, G., McBride, R. B., Hosford, C. C., & Halaas, G. (2016). Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teaching and Learning in Medicine, 28*(2), 174–182. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>
- Thompson, A. G. Y Suñol, R. (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care, 7*(2), 127-141.
- Thurstone, T. T. (1929). Theory of attitude measurement. *Psychological Review, 36*, 224-241.

- Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., Lunardi, G. L., Barlem, E. L. D., Silveira, R. S. da, & Vidal, D. A. S. (2014). Síndrome de Burnout entre estudiantes de pregrado en enfermería de una universidad pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 934–941. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3254.2498>
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*, 59(1), 8–13. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn122>
- Torrades, S. (2007). Estrés y burnout. Definición y prevención. *Offarm*, 26(10) 104-107.
- Trifunovic, N., Jatic, Z., & Kulenovic, A. D. (2017). Identification of Causes of the Occupational Stress for Health Providers at Different Levels of Health Care. *Medical Archives*, 71(3), 169–172. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.169-172>
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3–8; quiz 9–10.
- Uribe-Prado, J. (2007). Estudio confirmatorio de la escala Mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. 26 (1), 7-21.
- Uribe T., M. Á., & Illesca P., M. (2017). Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad privada. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.005>
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2), II57-66. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>

- Veha-Vázquez, M., rivera-Heredia, M. E. y Quintanilla-Montoya, R. (2010). Recursos psicológicos y resiliencia en niños de 6, 8 y 10 años de edad. *Revista de Educación y Desarrollo*, 33-41.
- Walkiewicz, M., Sowińska, K., & Tartas, M. (2014). Burnout in medical profession – A literature review. *Przegląd Lekarski*, 71(5), 263–269.
- Walpita, Y. N., & Arambepola, C. (2019). High resilience leads to better work performance in nurses: *Evidence from South Asia. Journal of Nursing Management*.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12930>
- Wang, M., Guan, H., Li, Y., Xing, C., & Rui, B. (2019). Academic burnout and professional self-concept of nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 77, 27–31.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.004>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Weybrew, B. B. (1963). Autonomic Resiliency, Subjective Symptomatology, and Submarine Stress. 22 pp. US Navy, Bureau of Medicine and Surgery (BUMED). Weybrew, Benjamin B. (Nov 12, 1963). Autonomic resiliency, subjective symptomatology, and submarine stress. 22 pp. US Navy, Bureau of Medicine and Surgery (BUMED). <http://dx.doi.org/10.1037/e528702009-001>
- Wieland, G. F. (1966) To judge items or people: a note on instructions to Thurstone-Item Junges. *The American Association for Public Opinion Research*. Recuperado 15 de marzo, 2019 de <https://academic.oup.com/poq/article-abstract/30/3/429/1872957?redirectedFrom=fulltext>

- Wright, B., & Richmond Mynett, J. (2019). Training medical students to manage difficult circumstances- a curriculum for resilience and resourcefulness? *BMC Medical Education*, 19(1), 280.
<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1712-x>
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129–140.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Zhang, Y.-Y., Han, W.-L., Qin, W., Yin, H.-X., Zhang, C.-F., Kong, C., & Wang, Y.-L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12589>

Anexos

Anexo 1. Solicitud de autorización para validación.



Estimado Dr. Eugenio Saavedra Guajardo

Por medio de la presente le expreso un cordial saludo y mi admiración por su estu­penda trayectoria, me permito presentarme mi nombre es Ricardo Iván Figueroa García, Lic. En Psicología escolarizado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente colaboro con el Dr. Juan José Sánchez Sosa coordinador de la maestría en Medicina Conductual, UNAM, en el proyecto de investigación denominado *Evaluación e Intervención psicológica y organizacional sobre el burnout en personal de salud*, auspiciado por PAPIIT-UNAM, IN303618.

Dentro del proyecto hemos contemplado la capacidad de resiliencia como una de las variables principales, en la cual mediante sus investigaciones ha hecho contribuciones importantes. Actualmente en México nos encontramos en un dilema respecto a la evaluación del constructo, a pesar de que contamos con un instrumento creado para población mexicana, este presenta limitantes teóricas importantes, esta situación nos crea la oportunidad de seleccionar investigaciones con un enfoque integral y tomarlas como punto de partida para contribuir de manera correcta a la literatura científica, por esta razón solicito autorización para poder hacer uso de la escala SV-RES para jóvenes y adultos, su aprobación permitirá realizar el procedimiento de adaptación a población mexicana y así poder tener un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas y contextualizado en población mexicana.

La mejor forma de contribuir a la ciencia es forjar lazos que nos permitan seguir avanzando, contar con su apoyo sería un aporte invaluable para nuestra línea de investigación y así colocar cimientos fuertes en la literatura científica mexicana.

Sin otro particular, le reitero un cordial saludo y estima personal.

Pasante en psicología. Ricardo Iván Figueroa García
Nº Cuenta. 306132131
Universidad Nacional Autónoma de México

Anexo 2. Formato de primer jueceo

Estimado Juez:

Usted ha sido elegido por su conocimiento y experiencia en el tema de resiliencia para participar en el proceso de adaptación cultural de la escala de resiliencia SV-RES, creada originalmente para población chilena.

Instrucciones: Lea cuidadosamente los reactivos pertenecientes a cada factor e indique con una **X** si esta de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes puntos:

- 1- La redacción es comprensible para población Mexicana, es decir, la semántica, pragmática y sintaxis de cada reactivo son adecuados para el contexto y cultura Mexicana específicamente para personal de salud (el instrumento será utilizado para evaluar a personal médico y de enfermería).
- 2- El reactivo evalúa correctamente el factor al que pertenece.

Nota: Si está en desacuerdo, con uno o ambos puntos, coloque en el apartado de sugerencia la modificación que considere pertinente para hacer entendible el reactivo o este evalúe adecuadamente el factor al que pertenece, según sea el caso.

Factor	Reactivo	1		2		Sugerencias
		Redacción		Evaluación de Factor		
F1: Identidad Son juicios generales, se refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.	YO SOY – YO ESTOY (Utilice esta frase según el caso)	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	
	Una persona con esperanza					
	Una persona con buena autoestima					
	Optimista respecto al futuro					
	Seguro de mis creencias o principios					
	Creciendo como persona					
F2: Autonomía Son juicios que se refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su estorno sociocultural.	Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.					
	En contacto con personas que me aprecian					
	Seguro de mi mismo					
	Seguro de mis proyectos y metas					
	Seguro en el ambiente en que vivo					
F3: Satisfacción Se refiere a juicios que revelan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.	Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
	Un modelo positivo para otras personas					
	Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
	Satisfecho con mis relaciones de amistad					
	Satisfecho con mis relaciones afectivas					

F4: Pragmatismo Se refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.	Una persona práctica					
	Una persona con metas en la vida					
	Activo frente a mis problemas					
	Revisando constantemente el sentido de la vida					
	Generando soluciones a mis problemas					
YO TENGO						
F5: Vínculos Son juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.	(Utilice esta frase según el caso)	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	
	Relaciones personales confiables					
	Una familia bien estructurada					
	Relaciones afectivas sólidas					
	Fortaleza interior					
	Una vida con sentido					
F6: Redes Son juicios que se refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.	Acceso a servicios públicos					
	Personas que me apoyan					
	A quien recurrir en caso de problemas					
	Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
	Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
F7: Modelos Son juicios que se refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.	Personas que me han orientado y aconsejado					
	Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
	Personas en las cuales puedo confiar					
	Personas que han confiado sus problemas en mí					
	Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
F8: Metas Son juicios que se refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.	Metas a corto plazo					
	Mis objetivos claros					
	Personas con quien enfrentar los problemas					
	Proyectos a futuro					
	Problemas que puedo solucionar					
YO PUEDO						
F9: Afectividad Son juicios que se refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.	(Utilice esta frase según el caso)	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	
	Hablar de mis emociones					
	Expresar afecto					
	Confiar en las personas					
	Superar las dificultades que se me presenten en la vida					
	Desarrollar vínculos afectivos					

F10. Autoeficacia Son juicios sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.	Resolver problemas de manera efectiva					
	Dar mi opinión					
	Buscar ayuda cuando la necesito					
	Apoyar a otros que tienen dificultades					
	Responsabilizarme por lo que hago					
F11: Aprendizaje Son juicios que se refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje	Ser creativo					
	Comunicarme adecuadamente					
	Aprender de mis aciertos y mis errores					
	Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad					
	Tomar decisiones					
F12: Generatividad Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas	Generar estrategias para solucionar mis problemas					
	Fijarme metas realistas					
	Esforzarme por lograr mis objetivos					
	Asumir riesgos					
	Proyectarme al futuro					

Anexo 3. Resultados coeficiente V de Aiken.

Análisis de coeficiente de V de Aiken, primer jueceo.

Reactivo	1		V Aiken	2		V Aiken
	Redacción			Evaluación de Factor		
	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo		
Una persona con esperanza	15	45	0,625	14	46	0,583
Una persona con buena autoestima	18	42	0,750	16	44	0,667
Optimista respecto al futuro	17	43	0,708	16	44	0,667
Seguro de mis creencias o principios	15	45	0,625	16	44	0,667
Creciendo como persona	17	43	0,708	15	45	0,625
Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.	21	39	0,875	16	44	0,667
En contacto con personas que me aprecian	13	47	0,542	22	38	0,917
Seguro de mi mismo	19	41	0,792	15	45	0,625
Seguro de mis proyectos y metas	19	41	0,792	20	40	0,833
Seguro en el ambiente en que vivo	15	45	0,625	15	45	0,625
Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida	15	45	0,625	21	39	0,875
Un modelo positivo para otras personas	15	45	0,625	15	45	0,625
Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio	17	43	0,708	15	45	0,625
Satisfecho con mis relaciones de amistad	20	40	0,833	16	44	0,667
Satisfecho con mis relaciones afectivas	16	44	0,667	18	42	0,750
Una persona práctica	14	46	0,583	14	46	0,583
Una persona con metas en la vida	21	39	0,875	22	38	0,917
Activo frente a mis problemas	18	42	0,750	18	42	0,750
Revisando constantemente el sentido de la vida	14	46	0,583	19	41	0,792
Generando soluciones a mis problemas	15	45	0,625	17	43	0,708
Relaciones personales confiables	15	45	0,625	20	40	0,833

Una familia bien estructurada	13	47	0,542	14	46	0,583
Relaciones afectivas sólidas	23	37	0,958	23	37	0,958
Fortaleza interior	17	43	0,708	20	40	0,833
Una vida con sentido	17	43	0,708	16	44	0,667
Acceso a servicios públicos	18	42	0,750	18	42	0,750
Personas que me apoyan	17	43	0,708	21	39	0,875
A quien recurrir en caso de problemas	13	47	0,542	15	45	0,625
Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa	13	47	0,542	15	45	0,625
Satisfacción con lo que he logrado en la vida	21	39	0,875	21	39	0,875
Personas que me han orientado y aconsejado	15	45	0,625	15	45	0,625
Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas	14	46	0,583	19	41	0,792
Personas en las cuales puedo confiar	15	45	0,625	19	41	0,792
Personas que han confiado sus problemas en mí	17	43	0,708	16	44	0,667
Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas	17	43	0,708	18	42	0,750
Metas a corto plazo	14	46	0,583	14	46	0,583
Mis objetivos claros	19	41	0,792	21	39	0,875
Personas con quien enfrentar los problemas	18	42	0,750	19	41	0,792
Proyectos a futuro	13	47	0,542	15	45	0,625
Problemas que puedo solucionar	13	47	0,542	14	46	0,583
Hablar de mis emociones	16	44	0,667	16	44	0,667
Expresar afecto	16	44	0,667	17	43	0,708
Confiar en las personas	20	40	0,833	22	38	0,917
Superar las dificultades que se me presenten en la vida	15	45	0,625	18	42	0,750
Desarrollar vínculos afectivos	20	40	0,833	20	40	0,833
Resolver problemas de manera efectiva	14	46	0,583	14	46	0,583
Dar mi opinión	21	39	0,875	21	39	0,875
Buscar ayuda cuando la necesito	16	44	0,667	17	43	0,708
Apoyar a otros que tienen dificultades	18	42	0,750	19	41	0,792
Responsabilizarme por lo que	16	44	0,667	16	44	0,667

hago						
Ser creativo	19	41	0,792	20	40	0,833
Comunicarme adecuadamente	19	41	0,792	19	41	0,792
Aprender de mis aciertos y mis errores	16	44	0,667	16	44	0,667
Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad	19	41	0,792	20	40	0,833
Tomar decisiones	14	46	0,583	15	45	0,625
Generar estrategias para solucionar mis problemas	15	45	0,625	15	45	0,625
Fijarme metas realistas	15	45	0,625	15	45	0,625
Esforzarme por lograr mis objetivos	12	48	0,500	14	46	0,583
Asumir riesgos	16	44	0,667	16	44	0,667
Proyectarme al futuro	15	45	0,625	15	45	0,625

V de Aiken = .71, p < .05

Anexo 4. Formato de segundo jueceo

Escala de Resiliencia SV-RES

ESTIMADO JUEZ:

Usted ha sido elegido por su conocimiento y experiencia en Psicología de la Salud para participar en el proceso de adaptación de la escala “Resiliencia SV-RES”, creada originalmente para población chilena.

Instrucciones: A continuación, se muestra una lista de reactivos pertenecientes a 12 factores asociados a la capacidad de resiliencia. Lea cuidadosamente los reactivos pertenecientes a cada factor y califique *objetivamente* la favorabilidad o desfavorabilidad de cada uno de los reactivos del cuestionario.

Si usted considera que el reactivo es desfavorable para lo que pretende medir, anote en el apartado de sugerencia y de acuerdo con su dominio del tema, la modificación del reactivo para que este evalúe de manera adecuada el factor al que pertenece.

Ejemplo:

Factor	Reactivo	Desfavorable	Neutral	Favorable
IDENTIDAD Son juicios que refieren a la forma en que la persona se describe con base a sus valores y experiencias y constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.	1. Yo soy una persona con buena actitud	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (8) ● (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i> <i>Yo soy una persona con adecuada actitud.</i>			

En el ejemplo, la persona le asignó “7” de calificación lo cual significa que la afirmación es favorable de acuerdo con lo que se va a medir, además considero pertinente una modificación al reactivo.

Siguiendo el ejemplo y de acuerdo con su pericia, someta a un juicio objetivo la tendencia de cada reactivo, no sus sentimientos u opiniones que tenga al respecto.

Nota: Los reactivos subrayados están redactados de manera negativa.

	Reactivo	Desfavorable	Neutral	Favorable								
REDES Son juicios que refieren a la unión afectiva que la persona percibe en su entorno social y cómo influye en ella frente a la situación problemática.	26. Yo tengo acceso a los servicios y actividades públicas que necesito para hacerme sentir y ser mejor persona a pesar de los problemas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	27. Yo no tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	28. Yo no tengo amigos y familiares a <u>quien recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.</u>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	28. Yo tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa y así sentirme competente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
30. Yo tengo personas que al pensar en ellas, recuerdo lo que he logrado en la vida más que en las dificultades.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
<i>Sugerencia:</i>												
MODELOS Son juicios que refieren a la percepción del papel de las redes sociales cercanas que benefician una orientación positiva del problema.	31. Yo no tengo personas que me <u>orientan y aconsejan para encontrar la solución a algún problema.</u>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	32. Yo tengo personas que me ayudan a visualizar los peligros de los problemas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	33. Yo tengo personas que al confiarle mis problemas me acercan a la solución.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
	34. Yo tengo personas que al contarme sus experiencias Ante problemas similares me ayudan a tomar buenas decisiones.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<i>Sugerencia:</i>											
35. Yo no tengo personas que me <u>acompañen y orienten a encontrar una solución cuando he tenido problemas.</u>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
<i>Sugerencia:</i>												

Factor	Reactivo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo
METAS Son juicios que refieren a la convicción y el mantenimiento de las metas, objetivos y redes sociales a pesar de situaciones problemáticas.	36. Yo tengo metas a corto plazo que mantengo a pesar de los problemas.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	37. <u>Yo no tengo mis objetivos claros en situaciones difíciles.</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	38. <u>Yo no tengo personas con quienes poner en marcha acciones que solucionen los problemas.</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	39. Yo tengo la convicción de conservar mis proyectos a futuro a pesar de los problemas que se presenten.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
AFECTIVIDAD Son juicios que refieren a la expresión emocional que la persona posee	41. <u>Yo no puedo hablar de mis emociones</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	42. <u>Yo no puedo expresar afecto</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	43. Yo puedo confiar en las personas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	44. Yo puedo superar los problemas emocionales.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
AUTOEFICACIA Son juicios sobre las habilidades que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.	45. <u>Yo no puedo desarrollar relaciones afectivas</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	46. <u>No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	47. Yo puedo ser propositivo cuando se presentan problemas.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
<i>Sugerencia:</i>				
	48. <u>Cuando me siento mal no puedo ser una persona que busca ayuda a pesar de saber que contribuiría a solucionar algún problema.</u>	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
	<i>Sugerencia:</i>			
	49. Yo puedo ser una persona que apoya a otros cuando pasamos por momentos difíciles.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		

	<i>Sugerencia:</i>			
Factor	Reactivo	Desacuerdo	Neutral	Acuerdo
Continuación AUTOEFICACIA	50. Yo puedo ser responsable de mis acciones.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
APRENDIZAJE Son juicios que se refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.	51. Yo puedo aprender a ser creativo cuando enfrento un problema.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	52. <u>Yo no puedo aprender a comunicarme adecuadamente para resolver los problemas.</u>	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	53. Yo puedo aprender a identificar mis aciertos y mis errores ante un problema.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	54. Yo puedo aprender a colaborar con otros para mejora mi situación y la de los demás.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
GENERATIVIDAD Son juicios que refieren a los recursos que la persona utiliza para la generación de soluciones ente la situación problemática.	55. <u>Yo no puedo aprender a tomar decisiones en un momento difícil.</u>	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	56. <u>Yo no puedo generar soluciones cuando se me presenta un problema.</u>	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	57. <u>Yo no puedo fijarme metas realistas frente a los problemas.</u>	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	58. Yo puedo esforzarme por lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
GENERATIVIDAD Son juicios que refieren a los recursos que la persona utiliza para la generación de soluciones ente la situación problemática.	59. Yo puedo asumir riesgos de las acciones que pongo en marcha para solucionar el problema.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			
	60. Yo puedo proyectarme superando momentos difíciles.	(0)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
	<i>Sugerencia:</i>			

Anexo 5. Criterios de análisis 2("jueceo").

Desviación intercuartil, mediana y coeficiente de variación.

Reactivo	DQ	Ma	CV (%)	Reactivo	DQ	Ma	CV (%)
1	1	8	19	31	1	9	18
2	1	8	20	32	1	9	16
3	.5	9	22	33	1	9	14
4	.5	9	12	34	1	9	17
5	1	8	20	35	1	9	18
6	.5	9	15	36	.5	9	10
7	1.5	8	30	37	1	9	15
8	.5	9	14	38	1	9	22
9	2	8	36	39	1	9	21
10	.5	9	16	40	1	9	16
11	1	8	24	41	.5	10	13
12	1	8	23	42	.5	10	14
13	1	9	21	43	.5	10	14
14	1	9	19	44	.5	9	11
15	1	9	15	45	.5	9	12
16	1	9	15	46	1	9	23
17	.5	9	24	47	1	9	15
18	1	9	21	48	1	9	26
19	1	8	19	49	1	9	14
20	.5	9	11	50	.5	9	13
21	1	9	22	51	.5	9	12
22	1.5	8	20	52	1.5	9	25
23	1	9	24	53	.5	9	11
24	.5	9	12	54	1	9	11
25	.5	9	13	55	1.5	9	18
26	1	9	35	56	1	9	12
27	.5	9	23	57	1	9	17
28	1	9	14	58	1	9	13
29	1	9	22	59	1	9	15
30	1.5	8	28	60	1	8	24

DQ= Desviación intercuartil Ma= Mediana CV=Coeficiente de variación

Formulas.

$$DQ = RQ/2 = (Q3 - Q1)/2$$

$$C.V = D.E. / Ma$$

Anexo 6. Solicitud para revisión de uso gramatical (experta)



Estimada: XX. Norma Elena Gamboa

Apelando a su formación, conocimiento y experiencia, la invito a participar en el proceso de validación de la escala “Resiliencia SV-RES”.

A continuación se muestran las definiciones de los factores y reactivos que constituyen el instrumento; revise cuidadosamente con la finalidad de identificar el uso correcto de la gramática dentro del contexto mexicano. Cabe resaltar que dicho instrumento está dirigido para personas con un nivel de estudios avanzado (profesionales de medicina y enfermería).

Si considera que algún reactivo utiliza las reglas gramaticales de manera incorrecta anote en el renglón de “correcciones” y de acuerdo con su dominio en el tema, la redacción que eliminaría dicho problema.

Atte: Psic. Ricardo Iván Figueroa García
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Factor	Correcciones	Reactivo	Correcciones
IDENTIDAD: Son juicios que refieren a la forma en que la persona se describe con base en sus valores y experiencias y constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.		Soy una persona que tiene esperanza.	
		Soy una persona con baja autoestima.	
		Soy una persona pesimista sobre el futuro.	
		Soy una persona segura de mis convicciones.	
		Soy una persona en constante desarrollo a partir de sus experiencias.	
AUTONOMÍA: Son juicios que refieren a las fortalezas afectivas y cognitivas, habilidades y recursos que la persona describe de sí misma ante la situación problemática.		Soy una persona a quien le resulta fácil acercarse a familiares y amigos en momentos difíciles.	
		Soy una persona a quien otros aprecian en momentos complicados.	
		Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles.	
		Soy una persona que se siente insegura de mis proyectos y metas al enfrentar los problemas.	
		Soy una persona que se siente segura de sí misma, incluso si me encuentro en un ambiente problemático.	
SATISFACCIÓN: Son juicios que refieren a la orientación		No estoy seguro de que un problema sea una oportunidad para salir adelante.	
		Estoy seguro que superar	

positiva del problema que la persona tiene con base a sus características personales.		las dificultades me convierte en un ejemplo positivo para los demás.	
		Estoy seguro que los problemas que enfrento no afectan mi trabajo o escuela.	
		Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.	
		Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.	
PRAGMATISMO: Son juicios que refieren a la forma en que la persona se ve a sí misma al realizar las acciones encaminadas para la solución del problema.		Soy una persona práctica cuando resuelvo los problemas.	
		Soy una persona a la que le es difícil proponerse metas cuando enfrenta un problema.	
		Soy una persona que evita enfrentar los problemas.	
		Soy una persona que evalúa el sentido de la vida en momentos difíciles.	
		Soy una persona que piensa en varias soluciones cuando tiene un problema.	
VÍNCULOS: Soy juicios que refieren al valor de la socialización primaria		Hay personas cercanas a mí en las que confío.	
		Mi familia ha tenido relaciones poco buenas	

y redes sociales con raíces en su historia personal.		entre sí.	
		Mis relaciones afectivas no han sido sólidas.	
		Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	
		Existen personas en mi vida que me han ayudado a darle sentido a mi vida.	
REDES:	Son juicios que refieren a la unión afectiva que la persona percibe en su entorno social y cómo influye en ella frente a la situación problemática	Tengo acceso a los servicios y actividades públicas que necesito para sentirme y ser mejor persona a pesar de los problemas.	
		No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	
		No tengo amigos y familiares a quienes recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.	
		Tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa y esto me hace sentir competente para afrontar situaciones difíciles.	
		Tengo personas que me hacen recordar lo que he logrado en la vida a pesar de las dificultades.	
MODELOS:		No cuento con personas que me orientan y aconsejan para encontrar la solución a algún problema.	
Son juicios que refieren			

a la percepción del papel de las redes sociales cercanas que benefician una orientación positiva y superación de situaciones problemáticas.			
		Cuento con personas que me ayudan a anticipar los posibles peligros o amenazas de un problema.	
		Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución.	
		Cuento con personas que al contarme sus experiencias en problemas similares, me ayudan a tomar buenas decisiones.	
	No cuento con personas que me acompañen en la búsqueda de soluciones cuando tengo problemas.		
METAS: Son juicios que refieren a la convicción y el mantenimiento de las metas, objetivos y redes sociales al enfrentar situaciones problemáticas.		Tengo metas a corto plazo que mantengo a pesar de los problemas.	
		Tengo dificultad para mantener mis objetivos claros en situaciones complicadas.	
		No tengo personas que me ayuden a poner en marcha acciones que solucionen mis problemas.	
		Tengo la convicción de actuar para conservar mis metas y proyectos a futuro a pesar de las dificultades.	
	Tengo la capacidad de resolver mis problemas sin afectar mis metas y objetivos.		
AFECTIVIDAD:		Se me dificulta poder hablar de mis emociones.	

<p>Son juicios que refieren a la expresión emocional que la persona posee</p>			
		Se me dificulta poder expresar afecto a los demás.	
		Puedo confiar en las personas.	
		Puedo superar problemas emocionales.	
		No puedo establecer relaciones afectivas con los demás.	
<p>AUTOEFICACIA:</p> <p>Son juicios sobre las habilidades que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.</p>		No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.	
		Puedo proponer soluciones cuando se presentan problemas.	
		Cuando me siento mal no puedo pedir ayuda a pesar de saber que contribuiría a solucionar mi problema.	
		Puedo ser una persona que apoya a otros cuando pasan por momentos difíciles.	
		Puedo ser responsable de lo que hago frente a los problemas.	

<p>APRENDIZAJE:</p> <p>Son juicios que se refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje</p>		Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	
		Me es difícil aprender a comunicarme adecuadamente para resolver los problemas.	
		Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	
		Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	
		Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	
<p>GENERATIVIDAD:</p> <p>Son juicios que refieren a los recursos que la persona utiliza para la generación de soluciones ante la situación problemática.</p>		Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	
		Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	
		Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	
		Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	
		Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	

Anexo 7. Instrumentos SV-RES (versión de jueceo)

Instrucciones: Evalúe el grado en que éstas afirmaciones la/lo describen, de acuerdo con la siguiente escala.						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo
1	Soy una persona que tiene esperanza.	1	2	3	4	5
2	Soy una persona con baja autoestima.	1	2	3	4	5
3	Soy una persona pesimista sobre el futuro.	1	2	3	4	5
4	Soy una persona segura de mis convicciones.	1	2	3	4	5
5	Soy una persona en constante desarrollo a partir de sus experiencias.	1	2	3	4	5
6	Soy una persona a quien le resulta fácil acercarse a familiares y amigos en momentos difíciles.	1	2	3	4	5
7	Soy una persona a quien otros aprecian en momentos complicados.	1	2	3	4	5
8	Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
9	Soy una persona que se siente insegura de mis proyectos y metas al enfrentar los problemas.	1	2	3	4	5
10	Soy una persona que se siente segura de sí misma, incluso si me encuentro en un ambiente problemático.	1	2	3	4	5
11	No estoy seguro de que un problema sea una oportunidad para salir adelante.	1	2	3	4	5
12	Estoy seguro que superar las dificultades me convierte en un ejemplo positivo para los demás.	1	2	3	4	5
13	Estoy seguro que los problemas que enfrento no afectan mi trabajo o escuela.	1	2	3	4	5
14	Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.	1	2	3	4	5
15	Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.	1	2	3	4	5
16	Soy una persona práctica cuando resuelvo los problemas.	1	2	3	4	5
17	Soy una persona a la que le es difícil proponerse metas cuando enfrenta un problema.	1	2	3	4	5
18	Soy una persona que evita enfrentar los problemas.	1	2	3	4	5
19	Soy una persona que evalúa el sentido de la vida en momentos difíciles.	1	2	3	4	5
20	Soy una persona que piensa en varias soluciones cuando tiene un problema.	1	2	3	4	5
21	Hay personas cercanas a mí en las que confío.	1	2	3	4	5
22	Mi familia ha tenido relaciones poco buenas entre sí.	1	2	3	4	5
23	Mis relaciones afectivas no han sido sólidas.	1	2	3	4	5
24	Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	1	2	3	4	5
25	Existen personas en mi vida que me han ayudado a darle sentido a mi vida.	1	2	3	4	5

26	Tengo acceso a los servicios y actividades públicas que necesito para sentirme y ser mejor persona a pesar de los problemas.	1	2	3	4	5
27	No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	1	2	3	4	5
28	No tengo amigos y familiares a quienes recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
29	Tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa y esto me hace sentir competente para afrontar situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
30	Tengo personas que me hacen recordar lo que he logrado en la vida a pesar de las dificultades.	1	2	3	4	5
31	No cuento con personas que me orientan y aconsejan para encontrar la solución a algún problema.	1	2	3	4	5
32	Cuento con personas que me ayudan a anticipar los posibles peligros o amenazas de un problema.	1	2	3	4	5
33	Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución.	1	2	3	4	5
34	Cuento con personas que al contarme sus experiencias en problemas similares, me ayudan a tomar buenas decisiones.	1	2	3	4	5
35	No cuento con personas que me acompañen en la búsqueda de soluciones cuando tengo problemas.	1	2	3	4	5
36	Tengo metas a corto plazo que mantengo a pesar de los problemas.	1	2	3	4	5
37	Tengo dificultad para mantener mis objetivos claros en situaciones complicadas.	1	2	3	4	5
38	No tengo personas que me ayudan a poner en marcha acciones que solucionen mis problemas.	1	2	3	4	5
39	Tengo la convicción de actuar para conservar mis metas y proyectos a futuro a pesar de las dificultades.	1	2	3	4	5
40	Tengo la capacidad de resolver mis problemas sin afectar mis metas y objetivos.	1	2	3	4	5
41	Se me dificulta poder hablar de mis emociones.	1	2	3	4	5
42	Se me dificulta poder expresar afecto a los demás.	1	2	3	4	5
43	Puedo confiar en las personas.	1	2	3	4	5
44	Puedo superar problemas emocionales.	1	2	3	4	5
45	No puedo establecer relaciones afectivas con los demás.	1	2	3	4	5
46	No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.	1	2	3	4	5
47	Puedo proponer soluciones cuando se presentan problemas.	1	2	3	4	5
48	Cuando me siento mal no puedo pedir ayuda a pesar de saber que contribuiría a solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
49	Puedo ser una persona que apoya a otros cuando pasan por momentos difíciles.	1	2	3	4	5
50	Puedo ser responsable de lo que hago frente a los problemas.	1	2	3	4	5

51	Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	1	2	3	4	5
52	Me es difícil aprender a comunicarme adecuadamente para resolver los problemas.	1	2	3	4	5
53	Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	1	2	3	4	5
54	Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	1	2	3	4	5
55	Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	1	2	3	4	5
56	Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	1	2	3	4	5
57	Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	1	2	3	4	5
58	Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	1	2	3	4	5
59	Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	1	2	3	4	5
60	Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	1	2	3	4	5

Anexo 8. Análisis de frecuencias de la escala de resiliencia SV-RES

Análisis de frecuencias de la escala de resiliencia SV-RES.

		Totalmente Totalmente en desacuerdo					de	Min.	Máx.
		acuerdo							
1	Soy una persona que tiene esperanza.	21	12	44	387	444	1	5	
2	Soy una persona con baja autoestima.	457	314	80	44	13	1	5	
3	Soy una persona pesimista sobre el futuro.	452	296	75	54	29	1	5	
4	Soy una persona segura de mis convicciones.	14	6	30	306	552	1	5	
5	Soy una persona en constante desarrollo a partir de sus experiencias.	12	5	27	339	524	1	5	
6	Soy una persona a quien le resulta fácil acercarse a familiares y amigos en momentos difíciles.	17	45	75	381	391	1	5	
7	Soy una persona a quien otros aprecian en momentos complicados.	3	29	104	461	312	1	5	
8	Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles.	334	359	108	81	15	1	5	
9	Soy una persona que se siente insegura de mis proyectos y metas al enfrentar los problemas.	408	357	76	54	12	1	5	
10	Soy una persona que se siente segura de sí misma, incluso si me encuentro en un ambiente problemático.	23	67	104	414	297	1	5	
11	No estoy seguro de que un problema sea una oportunidad para salir adelante.	301	337	156	90	20	1	5	
12	Estoy seguro que superar las dificultades me convierte en un ejemplo positivo para los demás.	14	25	105	436	329	1	5	
13	Estoy seguro que los problemas que enfrento no afectan mi trabajo o escuela.	66	269	183	246	139	1	5	
14	Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.	219	252	163	216	54	1	5	
15	Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.	89	223	207	228	158	1	5	
16	Soy una persona práctica cuando resuelvo los problemas.	4	45	128	452	276	1	5	
17	Soy una persona a la que le es difícil proponerse metas cuando enfrenta un problema.	346	349	70	96	47	1	5	
18	Soy una persona que evita enfrentar los problemas.	395	371	68	47	27	1	5	
19	Soy una persona que evalúa el sentido de la vida en momentos difíciles.	57	109	135	370	234	1	5	
20	Soy una persona que piensa en varias soluciones cuando tiene un problema.	7	22	78	482	320	1	5	
21	Hay personas cercanas a mí en las que confío.	15	22	38	389	442	1	5	
22	Mi familia ha tenido relaciones poco buenas entre sí.	459	254	65	76	52	1	5	

23	Mis relaciones afectivas no han sido sólidas.	487	294	50	42	33	1	5
24	Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	564	301	21	12	8	1	5
25	Existen personas en mi vida que me han ayudado a darle sentido a mi vida.	9	13	44	324	516	1	5
26	Tengo acceso a los servicios y actividades públicas que necesito para sentirme y ser mejor persona a pesar de los problemas.	16	46	103	378	362	1	5
27	No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	540	286	34	31	14	1	5
28	No tengo amigos y familiares a quienes recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.	580	269	31	12	14	1	5
29	Tengo personas que estimulan mi autonomía e iniciativa y esto me hace sentir competente para afrontar situaciones difíciles.	16	22	49	367	451	1	5
30	Tengo personas que me hacen recordar lo que he logrado en la vida a pesar de las dificultades.	7	28	53	368	448	1	5
31	No cuento con personas que me orientan y aconsejan para encontrar la solución a algún problema.	513	296	41	38	19	1	5
32	Cuento con personas que me ayudan a anticipar los posibles peligros o amenazas de un problema.	15	40	74	431	348	1	5
33	Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución.	11	30	75	417	371	1	5
34	Cuento con personas que al contarme sus experiencias en problemas similares, me ayudan a tomar buenas decisiones.	6	40	93	439	328	1	5
35	No cuento con personas que me acompañen en la búsqueda de soluciones cuando tengo problemas.	506	302	48	34	15	1	5
36	Tengo metas a corto plazo que mantengo a pesar de los problemas.	11	20	48	436	389	1	5
37	Tengo dificultad para mantener mis objetivos claros en situaciones complicadas.	428	348	70	45	16	1	5
38	No tengo personas que me ayudan a poner en marcha acciones que solucionen mis problemas.	455	325	71	37	20	1	5
39	Tengo la convicción de actuar para conservar mis metas y proyectos a futuro a pesar de las dificultades.	453	403	35	12	4	1	5
40	Tengo la capacidad de resolver mis problemas sin afectar mis metas y objetivos.	19	28	48	445	365	1	5
41	Se me dificulta poder hablar de mis emociones.	316	355	127	82	25	1	5
42	Se me dificulta poder expresar afecto a los demás	401	363	66	61	15	1	5
43	Puedo confiar en las personas.	27	61	154	431	236	1	5
44	Puedo superar problemas emocionales.	17	36	55	469	324	1	5

45	No puedo establecer relaciones afectivas con los demás.	443	340	63	46	15	1	5
46	No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.	359	359	101	55	25	1	5
47	Puedo proponer soluciones cuando se presentan problemas.	15	37	75	473	298	1	5
48	Cuando me siento mal no puedo pedir ayuda a pesar de saber que contribuiría a solucionar mi problema.	364	345	102	73	21	1	5
49	Puedo ser una persona que apoya a otros cuando pasan por momentos difíciles.	8	13	32	431	423	1	5
50	Puedo ser responsable de lo que hago frente a los problemas.	5	3	16	359	524	1	5
51	Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	7	23	60	461	351	1	5
52	Me es difícil aprender a comunicarme adecuadamente para resolver los problemas.	384	382	63	60	19	1	5
53	Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	4	17	50	474	362	1	5
54	Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	5	11	58	487	342	1	5
55	Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	429	367	59	38	13	1	5
56	Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	440	391	40	28	10	1	5
57	Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	447	377	43	30	8	1	5
58	Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	13	33	31	459	371	1	5
59	Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	6	16	43	506	337	1	5
60	Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	11	17	63	430	387	1	5

Frecuencias de opciones de respuesta y puntuación mínima y máxima de cada reactivo.

Mín.= Puntaje mínimo Máx.= Puntaje máximo

Anexo 9. Análisis de discriminación de reactivos

<i>Análisis de discriminación de los reactivos</i>				
<i>Reactivo</i>	<i>Comparación de Grupos Extremos</i>			<i>Correlación (reactivo - total)</i>
	<i>U Mann- Whitney</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
1	6237	-15.910	P < .001	.579**
2	7520	-14.598	P < .001	.559**
3	6888	-15.057	P < .001	.565**
4	6113	-16.516	P < .001	.603**
5	7524	-15.382	P < .001	.573**
6	5693	-15.837	P < .001	.604**
7	5640	-15.967	P < .001	.592**
8	5814	-15.302	P < .001	.585**
9	4336	-16.916	P < .001	.647**
10	6832	-14.654	P < .001	.568**
11	9586	-12.457	P < .001	.499**
12	6438	-15.250	P < .001	.598**
13	14508	-8.618	P < .001	.309**
14	10008	-11.945	P < .001	.428**
15	16017	-7.677	P < .001	.375**
16	6545	-14.943	P < .001	.580**
17	9026	-13.132	P < .001	.521**
18	5632	-15.898	P < .001	.626**
19	18115	-6.141	P < .001	.249**
20	6240	-15.569	P < .001	.615**
21	5234	-16.655	P < .001	.643**
22	9167	-13.314	P < .001	.481**
23	6421	-15.465	P < .001	.619**
24	5337	-17.095	P < .001	.643**
25	6288	-15.998	P < .001	.607**
26	6178	-15.283	P < .001	.607**
27	5690	-16.565	P < .001	.663**
28	5954	-16.435	P < .001	.671**
29	3735	-17.660	P < .001	.689**
30	5088	-16.667	P < .001	.649**
31	4960	-17.018	P < .001	.677**
32	5214	-16.227	P < .001	.639**
33	5731	-15.857	P < .001	.619**
34	6128	-15.436	P < .001	.613**
35	3940	-17.697	P < .001	.693**
36	5584	-16.284	P < .001	.636**
37	3819	-17.490	P < .001	.664**

38	3939	-17.442	P < .001	.678**
33	4156	-17.612	P < .001	.665**
40	4828	-16.635	P < .001	.633**
41	6454	-14.925	P < .001	.575**
42	5488	-16.034	P < .001	.611**
43	8165	-13.663	P < .001	.533**
44	4546	-16.576	P < .001	.650**
45	3791	-17.395	P < .001	.691**
46	5144	-15.823	P < .001	.619**
47	3886	-17.020	P < .001	.673**
48	4681	-16.400	P < .001	.664**
49	5112	-16.942	P < .001	.625**
50	5958	-16.785	P < .001	.639**
51	5014	-16.511	P < .001	.643**
52	3671	-17.434	P < .001	.689**
53	4675	-17.025	P < .001	.641**
54	3439	-17.757	P < .001	.702**
55	3709	-17.718	P < .001	.686**
56	3571	-17.915	P < .001	.716**
57	3458	-17.933	P < .001	.715**
58	4693	-16.959	P < .001	.655**
59	4523	-17.240	P < .001	.668**
60	4364	-17.065	P < .001	.654**
** P< .01				

Anexo 10. Escala de resiliencia SV-RES (versión final)

Instrucciones: De acuerdo con la siguiente escala. Evalúe el grado en que estas afirmaciones la/lo describen cuando enfrenta una situación complicada.						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	1	2	3	4	5
2	Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	1	2	3	4	5
3	Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	1	2	3	4	5
4	Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	1	2	3	4	5
5	Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	1	2	3	4	5
6	Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	1	2	3	4	5
7	Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	1	2	3	4	5
8	Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	1	2	3	4	5
9	Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	1	2	3	4	5
10	Estoy seguro que los problemas que enfrente no afectan mi trabajo o escuela.	1	2	3	4	5
11	Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.	1	2	3	4	5
12	Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.	1	2	3	4	5
13	Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	1	2	3	4	5
14	Existen personas en mi vida que me han ayudado a darle sentido a mi vida.	1	2	3	4	5
15	No tengo amigos y familiares a quienes recurrir para sentirme mejor en situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
16	No tengo personas que con su apoyo me hagan sentir bien cuando tengo algún problema.	1	2	3	4	5
17	Hay personas cercanas a mí en las que confío.	1	2	3	4	5
18	Mis relaciones afectivas no han sido sólidas.	1	2	3	4	5

19	Se me dificulta poder hablar de mis emociones.	1	2	3	4	5
20	Se me dificulta poder expresar afecto a los demás.	1	2	3	4	5
21	No puedo controlar mis emociones y esto me dificulta encontrar soluciones efectivas.	1	2	3	4	5
22	Cuento con personas que al confiarles mis problemas me ayudan a encontrar una solución.	1	2	3	4	5
23	Cuento con personas que me ayudan a anticipar los posibles peligros o amenazas de un problema.	1	2	3	4	5
24	Cuento con personas que al contarme sus experiencias en problemas similares, me ayudan a tomar buenas decisiones.	1	2	3	4	5
25	Soy una persona que se siente insegura de mis proyectos y metas al enfrentar los problemas.	1	2	3	4	5
26	Soy una persona que constantemente duda de sí misma ante situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
27	Soy una persona con baja autoestima.	1	2	3	4	5
28	Soy una persona que se siente segura de sí misma, incluso si me encuentro en un ambiente problemático.	1	2	3	4	5
29	Puedo asumir los riesgos de mis acciones al solucionar los problemas.	1	2	3	4	5
30	Puedo esforzarme al máximo para lograr los objetivos que establecí para solucionar el problema.	1	2	3	4	5
31	Puedo aprender ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas.	1	2	3	4	5
32	Puedo visualizarme superando momentos difíciles.	1	2	3	4	5
33	Puedo aprender a colaborar con otros para mejorar mi situación y la de los demás.	1	2	3	4	5
34	Se me dificulta generar opciones de solución cuando se me presenta un problema.	1	2	3	4	5
35	Se me dificulta fijarme metas realistas ante los problemas.	1	2	3	4	5
36	Puedo aprender de mis aciertos y errores ante un problema.	1	2	3	4	5
37	Me resulta complicado aprender a tomar decisiones en un momento difícil.	1	2	3	4	5
38	Estoy seguro que los problemas que enfrento no afectan mi trabajo o escuela.	1	2	3	4	5
39	Estoy seguro de que mis problemas no afectan negativamente mi relación de pareja.	1	2	3	4	5
40	Estoy seguro de que mis problemas afectan negativamente mi relación con familiares y amigos.	1	2	3	4	5
41	Existen personas en mi vida que me han dado fortaleza.	1	2	3	4	5

Anexo 11. Puntos De corte de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

Calificación global “Burnout”

Suma	Fase Leiter	Diagnóstico Modelo Leiter
3 ó 4	Fase 1	Desgaste ocupacional Regular “Normal”
5 ó 6	Fase 2	Desgaste ocupacional Alto “En peligro”
7	Fase 3	Desgaste ocupacional Muy alto “Quemado”

Anexo 12. Puntos De corte de la Escala De Resiliencia SV-RES (validada en México)

Escala de Resiliencia SV-RES (validada en México)

	Puntaje Global	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Máximo	205	60	30	30	30	20	15	20
Mínimo	41	12	6	6	6	4	3	4
Rango	55	16	8	8	8	5	4	5
Puntos de corte								
LEVE	96	28	14	14	14	9	7	9
MODERADO	97-152	29-45	15-21	15-21	15-21	10-15	8-12	10-15
ALTO	153	46	22	22	22	16	13	16

F1= Autoeficacia

F2= Uso de apoyo social

F3= Autoconcepto

F4= Expresión Emocional

F5= Ausencia de apoyo emocional

F6= Afectación de las relaciones sociales

F7= Mantenimiento de metas

Anexo 13. Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y digno (versión Consulta externa, Hospitalización y Urgencias)

SERVICIO:		SECRETARÍA DE SALUD SUB SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO	CONSULTA EXTERNA				
Sección I Datos del Establecimiento.		Formulario F/VI/CE-E					
Nombre del Establecimiento: <u>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</u> CLUES del establecimiento: <u>DFSSA0033951</u> Institución: <u>SECRETARÍA DE SALUD</u>							
Estado: <u>MÉXICO</u> Municipio: <u>CIUDAD DE MÉXICO</u> Localidad: <u>TLALPÁN</u>							
Fecha: / / 							
Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano					
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:		<input type="checkbox"/> Si Aval Ciudadano (AC) <input checked="" type="checkbox"/> Si Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Cada columna, representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado.							
Sección II DATOS DEL ENTREVISTADO		ENTREVISTADO					
		1	2	3	4	5	TOTAL
Turno de atención	a) Matutino						
	b) Vespertino						
	c) Nocturno						
	d) Atención Especial						
Sexo	a) Mujer						
	b) Hombre						
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular						
	b) IMSS						
	c) IMSS Prospera						
	d) ISSSTE						
	e) CODENA						
	f) SEMAR						
	g) PEMEX						
	h) DF						
	i) Otro						
El entrevistado es:	a) Paciente						
	b) Acompañante						
Edad del entrevistado:	a) Menor a 15 años						
	b) Entre 16 y 24 años						
	c) Entre 25 y 44 años						
	d) Entre 45 y 65 años						
	e) Mayor a 65 años						
Sección III PREGUNTAS		RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO					
		1	2	3	4	5	TOTAL
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (marcar a la pregunta 2)					
		b) No (marcar a la pregunta 3)					
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico					
		b) Personal de Enfermería					
		c) Personal de Recepción					
		d) Personal de Archivo Clínico					
		e) Personal de Trabajo Social					
		f) Personal de Laboratorio					
		g) Personal de Rayos X					
		h) Personal de Farmacia					
		i) Personal de la Caja					
		j) Personal de Vigilancia					
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular					
		l) Personal de Vigilancia de Derechos					
		m) Personal del Módulo de Incapacidades					
2	Sólo aplica para HOSPITALES: ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí					
		b) No					
		c) No aplica					

PREGUNTA		RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO	1	2	3	4	5	TOTAL
3	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí b) No c) No acudió a consulta (ver a la pregunta 12)						
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No						
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos						
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados						
7	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No						
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Sí b) No c) No cobran						
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (ongla, rehabilitación) por no poder pagarla?	a) Sí b) No						
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarla?	a) Sí b) No						
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí b) No						
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿llevó dolor?	a) Sí (ver a la pregunta 12.1) b) No (ver a la pregunta 13)						
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No						
13	En relación a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron c) No se los dieron d) No le recetaron e) Tendrá que comprar alguno(s)						
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (insatisfecho)						
Sección IV		FRASE						
Nombre y firma de quien elaboró la encuesta			Nombre y firma del Responsable					
*MI: Médico Institucional *MC: Académico								

CE Versión 23/Nov/2017

CONSULTA GESTIÓN EVENIO Hoja _____ de _____

Elaboró: Lic. Arnelis E. Vergara García
Coordinadora de Indicadores de Calidad
Subdirección de Gestión de Calidad
Hospital General Dr. Manuel Giza González

SECRETARÍA DE SALUD
SUB SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATAMIENTO ADECUADO Y DIGNO

HOSPITALIZACIÓN

SERVICIO: **OTORRINO** Formato F/II/CE-E

Sección I Datos del Establecimiento: TURNO:

Nombre del Establecimiento: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" CUIES del Establecimiento: DFSS4002961 Institución: SECRETARÍA DE SALUD

Estado: MÉXICO Municipio: CIUDAD DE MÉXICO Localidad: TLALPÁN

Fecha: Período a reportar: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre Área: Rural Urbano

En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: El Aval Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: Sí No

1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado.

Sección II DATOS DEL ENTREVISTADO		ENTREVISTADO					TOTAL
		1	2	3	4	5	
Turno de atención	a) Matutino						
	b) Vespertino						
	c) Nocturno						
Sexo	a) Mujer						
	b) Hombre						
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular						
	b) IMSS						
	c) IMSS Prospera						
	d) ISSSTE						
	e) SEDENA						
	f) SEMAR						
	g) PEMEX						
	h) DIF						
	i) Otro						
El entrevistado es:	a) Paciente						
	b) Acompañante						
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años						
	b) Entre 16 y 24 años						
	c) Entre 25 y 44 años						
	d) Entre 45 y 65 años						
	e) Mayor a 65 años						
Sección III PREGUNTAS	RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO	1	2	3	4	5	TOTAL
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (marcar a la pregunta 2)					
		b) No (marcar a la pregunta 1.1)					
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico					
		b) Personal de Enfermería					
		c) Personal de Recepción					
		d) Personal de Archivo Clínico					
		e) Personal de Trabajo Social					
		f) Personal de Laboratorio					
		g) Personal de Rayos X					
		h) Personal de Farmacia					
		i) Personal de la Caja					
		j) Personal de Vigilancia					
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular					
		l) Personal de Vigencia de Derechos					
		m) Personal del Módulo de Inapacidades					
2	Mientras estuvo hospitalizado, EL PERSONAL DE SALUD LO ATENDIÓ en el momento de solicitarlo?	a) Sí					
		b) No					
		c) No aplica					

PREGUNTA		RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO	1	2	3	4	5	TOTAL
3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista, fue de cuatro semanas o más?	a) Si						
		b) No						
		c) No Aplica						
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones con respecto a su salud?	a) Si						
		b) No						
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si						
		b) No						
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Si						
		b) No						
		c) No le recetaron medicamentos						
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Si						
		b) No						
		c) No le mandaron cuidados						
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si						
		b) No						
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo??	a) Si						
		b) No						
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Si						
		b) No						
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Si						
		b) No						
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)						
		b) No (pasar a la pregunta 13)						
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si						
		b) No						
13	En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesitó						
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compró						
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar						
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)						
		b) Regular (más o menos satisfecho)						
		c) Nada (Insatisfecho)						
Sección IV FIRMAS								
Nombre y firma de quien elaboró la encuesta		Nombre y firma del Responsable						
* MI: Monitor Institucional * AC: Aval Ciudadano								

HOSP Versión 23/Nov/2017

Elaboró: Lic. Aymée E. Vergara García
HOSPITALIZACIÓN REVERSO Hoja _____ de _____
Coordinadora de Indicadores de Calidad
Subdirección de Gestión de Calidad
Hospital General Dr. Manuel Gea González

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATAMIENTO DECUADO Y DIGNO

URGENCIAS

TURNO: _____

Sección I Datos del Establecimiento

Formato F/II UR G-E

Nombre del Establecimiento: HOSPITAL GRAL. DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ Claves del Establecimiento: DFSSA003961C Institución: SECRETARÍA DE SALUD

Estado: MÉXICO Municipio: CIUDAD DE MÉXICO Localidad: Tlalpan

Fecha: _____ Período a reportar: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre Área: Rural Urbano

En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: El Aval Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: Sí No

Sección II Datos del entrevistado		En la visita 0						
		1	2	3	4	5	TOTAL	
Turno de atención	a) Matutino							
	b) Vespertino							
	c) Nocturno							
	d) Jornada							
Sexo	a) Mujer							
	b) Hombre							
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro							
	b) IMSS							
	c) IMSS Prospera							
	d) ISSSTE							
	e) SEDENA							
	f) SEMAR							
	g) PEMEX							
	h) DIF							
	i) Otro							
	El entrevistado es:	a) Paciente						
b)								
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16							
	b) Entre 16 y 24							
	c) Entre 25 y 44							
	d) Entre 45 y 65							
	e) Mayor a 65							
Sección III PREGUNTAS		Respuestas del	1	2	3	4	5	TOTAL
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron?	a) Sí (pasar a pregunta 2)						
		b) No						
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal						
		b) Personal						
		c) Personal de						
		d) Personal Archivo Clínico						
		e) Personal de T. (T. de)						
		f) Personal Laboratorio						
		g) Personal de						
		h) Personal de						
		i) Personal de la						
		j) Personal de						
		k) Personal Módulo del Centro de Atención						
l) Personal Vigencia Derechos								
m) Personal Módulo de Incapacidades								
2	¿Le dijeron cuanto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su enfermedad?	a) Sí						
		b) No						

Urg Versión 23Nov2017

PREGUNTAS		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	TOTAL
3	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0-15 min						
		b) 16-30 min						
		c) 31-60min						
		d) Más de 60min						
		e) No contestó						
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias?	a) Si						
		b) No						
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si						
		b) No						
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Si						
		b) No						
		c) No le recetaron medicamentos						
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Si						
		b) No						
		c) No le mandaron cuidados						
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si						
		b) No						
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Si						
		b) No						
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Si						
		b) No						
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Si						
		b) No						
12	Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Si <small>(pasar a la pregunta 12.1)</small>						
		b) No <small>(pasar a la pregunta 13)</small>						
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si						
		b) No						
13	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)						
		b) Regular (más o menos satisfecho)						
		c) Nada (Insatisfecho)						
Sección IV FIRMAS								
Nombre y firma de quien elaboró					Nombre y firma del Responsable			

Urg Versión 23/Nov/2017

URGENCIAS Anverso Hoja _____ de _____

Elaboró: Lic. Aymée E. Vergara García
 Coordinadora de Indicadores de Calidad
 Subdirección de Gestión de Calidad
 Hospital General Dr. Manuel Gao González

Anexo 14. Aprobación de protocolo del Comités de Investigaciones y de Ética en Investigación de hospital General Dr. Manuel Gea González

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Comités de Investigación y de Ética en Investigación

Ciudad de México a 30 de agosto del 2018.
Oficio No. CI y CEI/248/18.

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE.

Comunicamos a usted que el protocolo titulado "Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", presentado en la Décima Tercera Sesión Ordinaria del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación, llevada a cabo el día 4 de julio del 2018, y posterior a la revisión y análisis de los documentos entregados el 24 de agosto del presente año correspondientes a:

- Protocolo de investigación 3ª versión
- Carta de consentimiento informado 3ª versión
- Cartas compromiso 3ª versión
- Resumen 3ª versión
- Anexos

Consideraron dictaminar su proyecto correspondiente a: Estudio observacional analítico (correlacional), longitudinal y prospectivo como:

Aprobado

El registro de este proyecto es el 27-51-2018. Le informamos que la vigencia de este fallo es hasta el 31 de marzo de 2019, fecha establecida en su protocolo. Si requiere ampliar el período, solicite la prórroga del tiempo pretendido, con 45 días de anticipación a su fecha de vencimiento, por medio de una carta donde se expongan los motivos correspondientes.

IMPORTANTE: Apegándonos al cumplimiento de las Normas establecidas en materia de investigación en seres humanos, se entrega original de la carta de consentimiento informado sellada para que se obtengan las 168 copias en total que deberá entregar a la División de Investigación Clínica para que sean foliadas. Es importante que, de cada copia se genere la correspondiente para el sujeto de estudio. Los originales de estos documentos deben ser resguardados por el investigador principal, ya que son auditables y pueden ser requeridos por los Comités.

No se omite mencionarle lo siguiente:

- Para el inicio del proyecto y la aplicación de las herramientas a los sujetos de estudio, debe ser a partir de que se tengan las cartas de consentimiento informado foliadas y selladas, por lo cual es imprescindible realizar este trámite a la brevedad, ya que iniciarlo antes o aplicando una carta de consentimiento informado sin el sello y el folio (que implicaría ser un documento no aprobado por los Comités) es una acción sancionable.
- Cualquier cambio de los integrantes o modificaciones a los procedimientos de este proyecto (enmiendas), deben ser notificados por escrito a estos Comités para su aprobación antes de ser aplicados, de lo contrario se estará incurriendo en una falta sancionable.

Así mismo se le solicita sea puntual en la entrega del reporte de avance trimestral de su proyecto, a la División de Investigación Clínica, por medio del formato establecido, disponible en la página electrónica del Hospital, ya que de no contar en su expediente de protocolo con los reportes trimestrales establecidos, en función a la duración del proyecto, no será candidato a prórroga y los trámites relacionados a programa de estímulos, titulación de médicos residentes, sometimiento de nuevos proyectos, etc., serán retenidos (se anexa hoja de seguimiento del proyecto que indica el número y meses de entrega del reporte).

Callezada de Talpan 4806, Col. Sección XVI, C.P. 14080, Delegación Tlalpan, México, D.F.
Tel. Comutador (55) 4090-3000, ext. 3365.
www.hospitalgea.salud.gob.mx



Scanned with
CamScanner





ES INDISPENSABLE APEGARSE AL DISEÑO DEL ESTUDIO EN LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS RESULTADOS, YA QUE ESTO ES LO QUE SE AVALA POR LOS COMITÉS, ASI MISMO SE DEBEN REFERIR LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO, EN LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez terminado su proyecto 27-51-2018 debe concluir los tramites proporcionando el-formato de reporte final de proyecto en la misma División, anexando el listado con el nombre y número de expediente de los sujetos de estudio (o de sus muestras biológicas, o datos), incluidos en el mismo. De igual forma se debe agregar la información y copia de los productos generados (constancia de presentaciones a congresos, caratula de tesis, publicaciones, etc.). Entregado lo señalado, esto se deberá proporcionar a la Subdirección de Recursos Humanos una copia del formato de reporte final de proyecto sellado de recibido por la División de Investigación Clínica, para que se anexe a su expediente personal.

Sin otro particular por el momento, nos es grato enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dr. Pablo Manivilla Campillo
Presidente
Comité de Investigación


Dr. Samuel Weingerz Mehl
Presidente
Comité de Ética en Investigación

MJR/fcv

C. C. P. - Dr. Juan José Sánchez Sosa - Investigador Asociado Principal Externo
Expediente personal del Investigador principal - Subdirección de Recursos Humanos

Anexo 15. Publicidad impresa para difusión del protocolo de investigación.

Resumen de Trabajo

Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
Proyecto PAPIIT No. Registro IN303618
Aprobado por Comités de Investigaciones y de Ética HGMGG No de Registro 27-51-2018

Justificación.

La gran mayoría de los estudios en la literatura de investigación muestran que los estudiantes y personal de medicina y enfermería son una población vulnerable, en promedio 5 de cada 10 miembros del personal de la salud presentan síntomas de burnout, esto se relaciona a condiciones organizacionales propias del rol profesional, interactivas e individuales. En México, hay algunos resultados similares pero son muy generales y los derivados de estudios a nivel internacional se han efectuado en condiciones muy distintas, la gran mayoría en países desarrollados, por lo que tienen una validez ecológica muy limitada para nuestro contexto.

Dentro de la investigación actual se pueden agrupar los problemas asociados al síndrome en diferentes clasificaciones, destacando dos categorías generales:

VARIABLES PSICOLÓGICAS: Destacan asociaciones con afectaciones emocionales, principalmente negativas, como sintomatología ansiosa (71.5% presencia en personal de enfermería) y depresiva (78.5% presencia en personal de enfermería); y de manera reciente, con factores protectores como resiliencia, empatía y compasión.

VARIABLES ORGANIZACIONALES: Principalmente se destaca el estudio de la percepción de los elementos del clima organizacional (CO), la percepción negativa de los elementos del CO (37.5% presencia en personal de enfermería) como liderazgo pobre, falta de autonomía y comunicación inadecuada o deficiente.

En virtud de lo anterior, resulta necesario generar investigación aplicada, de alta calidad metodológica, que permita identificar los principales factores involucrados en el desarrollo de burnout (o protectores contra éste) en la población y en instituciones del sector salud público de México y diseñar intervenciones preventivas o de tratamiento enmarcadas en el contexto a nivel nacional.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”?

Objetivo general

Evaluar la asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González.

Diseño del estudio

Se empleará un diseño no experimental, observacional analítico, correlacional y longitudinal prospectivo, por lo tanto se realizarán 4 evaluaciones con una temporalidad de 30 días entre cada una de ellas.

Población

Se trabajará con estudiantes de medicina (residentes de todos los años y médicos internos de pregrado) y estudiantes de enfermería (practicantes de servicio social y estudiantes de posgrado) personal médico y personal de enfermería de todos los turnos y servicios del Hospital General Manuel Gea González que deseen participar.

Procedimiento general

El protocolo de investigación será sometido a evaluación del Comité de Ética en Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Una vez obtenida la aprobación, se invitará a participar a estudiantes y personal de medicina y enfermería por medio de reuniones, así como la distribución de publicidad impresa, donde se presentará a los estudiantes y personal de medicina y enfermería los objetivos y procedimiento del estudio contemplando los siguientes pasos:

- Se realizarán 4 aplicaciones generales de los instrumentos de auto-informe en un periodo de 4 meses (una aplicación al inicio de cada mes) a los participantes interesados dentro de un espacio designado por los directivos del hospital.
- Referente a la implementación de los grupos focales, se hará la petición de a cada servicio que desee colaborar, la participación de 3 integrantes del equipo de medicina y 3 integrantes del equipo de enfermería, los cuales participaran en la dinámica en función de la disponibilidad de tiempo que permita cada servicio para dicha actividad. Estas reuniones se llevarán a cabo dentro de un espacio que facilite las autoridades del hospital según sea la fecha convenida.
- Se solicitará la autorización a los servicios que deseen participar en la investigación para que permitan el acceso a los investigadores para realizar los registros observacionales dentro de sus áreas de trabajo, sin que esto obstaculice sus labores a propios o a terceros.

Validación de datos

Se realizará un análisis descriptivo empleando las medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento y los niveles de todas las variables de interés. Por último, debido a las características de medición de las escalas empleadas se utilizará la prueba Análisis de Varianza de Friedman para identificar posibles diferencias estadísticamente significativas entre comparaciones.

Anexo 16. Consentimiento Informado

“Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le hace una cordial invitación a todo el personal de salud del hospital a participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Al firmar este documento se acepta la participación voluntaria en la evaluación. De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; Así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. El objetivo de la presente investigación es evaluar si el burnout se asocia con algunas características psicológicas y de la organización, esto en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, ya que se ha identificado que el personal de salud es una población vulnerable a presentar burnout debido a ciertas condiciones organizacionales propias del rol profesional así como a condiciones individuales. La información obtenida en esta investigación permitirá desarrollar intervenciones específicas para tratar dicho problema.
- II. Mi participación consiste en responder un cuestionario auto-aplicables; mismo que será aplicado una vez al mes, durante tres meses consecutivos, dando un total de cuatro evaluaciones, cada una con una duración aproximada de 40 minutos; las preguntas contenidas en dichos cuestionarios se relacionan con mi desempeño en el hospital, mi relación con mis compañeros; así como algunos datos personales como estado civil, número de hijos, tratamiento médico y problemas familiares, información que sólo será empleada para fines estadísticos. La información que brinde es totalmente anónima y confidencial; los cuestionarios no serán identificados y los resultados obtenidos sólo serán mostrados de manera general, por tanto mi privacidad será respetada en todo momento.
- III. Asimismo, se me ha explicado que puedo asistir de manera voluntaria a una entrevista grupal que se llevará a cabo en un día dentro del periodo de los tres meses que comprende la evaluación, el cual se acordará con el jefe de mi servicio. En esta entrevista se preguntará sobre el ambiente laboral y las tareas usuales dentro de mi servicio; dicha participación será anónima y confidencial y la información que se obtenga sólo será usada para fines de investigación.
- IV. Posteriormente se nos invitará a participar, de manera opcional y voluntaria, en la intervención psicológica y organizacional resultante de la información recolectada durante las evaluaciones.
- V. Los cuestionarios han sido elaborados por profesionistas en el área y no suelen causar malestar emocional. En caso de que así sucediera, las personas que realizan la evaluación son psicólogos capacitados que pueden brindarme ayuda en caso de que presente algún malestar emocional durante la evaluación.
- VI. Los hallazgos obtenidos en este estudio permitirán identificar los factores individuales y de la organización que podrían estar relacionados con la salud emocional del personal y de los estudiantes médicos y de enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- VII. Puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
- VIII. Puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación laboral y/o educativa con la institución; toda vez que los resultados son confidenciales.

- IX. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad y que no se publique mi nombre o revele mi identidad.
- X. Este estudio cuenta con financiamiento externo, por lo que ninguno de los participantes deberá absorber algún gasto derivado de la investigación.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre y firma del participante _____

Nombre, y firma del testigo
1 _____

Relación que guarda con el participante:

Nombre, y firma del testigo
2 _____

Relación que guarda con el participante:

Nombre y firma del Investigador Principal:
Dr. Edgar Landa Ramírez.

Nombre y firma de quienes aplican el consentimiento informado:
Dr. Juan José Sánchez Sosa. Investigador Asociado Principal.

Lic. Eduardo Abraham Vidal Velazco. Investigador Asociado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 3217, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Mehl al (01 55) 4000-000 Ext-8233.

3° versión 20/08/2018

Anexo 17. Seguimiento individual (Burnout)

**Seguimiento individual
(Estudiantes de enfermería)**

Puntuación Leiter			Indicador (seguimiento individual)
1 ^a Evaluación	2 ^a Evaluación	3 ^a Evaluación	
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	3	7	Incremento
6	6	4	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	6	7	Incremento
3	6	6	Incremento
3	4	6	Incremento
3	4	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	7	7	Incremento
3	3	6	Incremento
6	3	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	6	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	7	Incremento
3	4	3	Mantuvo
6	4	6	Mantuvo
3	3	6	Incremento
6	3	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo

3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	7	4	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó
6	7	7	Incremento
3	6	6	Incremento
6	6	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	6	6	Incremento
6	6	6	Mantuvo
6	7	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	4	3	Mantuvo
6	6	4	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	6	6	Incremento
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	3	7	Incremento
7	7	7	Mantuvo
6	3	4	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo

3= Sano
4= Normal
6= Peligro
7= Quemado

**Seguimiento individual
(Estudiantes de Medicina)**

Puntuación Leiter			Indicador (seguimiento individual)
1 ^a Evaluación	2 ^a Evaluación	3 ^a Evaluación	
6	6	7	Incremento
7	7	6	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
6	6	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
7	4	6	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	7	7	Incremento
6	6	7	Incremento
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
7	6	6	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
6	6	7	Incremento
7	7	6	Disminuyó
7	6	6	Disminuyó
6	7	7	Incremento
7	7	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
7	7	6	Disminuyó
4	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	6	4	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó

6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo
3	6	6	Incremento
3	6	6	Incremento
6	3	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	7	6	Incremento
7	6	6	Disminuyó
6	3	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
6	4	6	Mantuvo
6	3	4	Disminuyó
3	4	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo
7	7	6	Disminuyó
6	3	3	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó
7	6	6	Disminuyó
6	6	4	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó
6	6	7	Incremento
6	7	7	Incremento
6	7	6	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
6	6	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
7	6	6	Disminuyó
3	6	6	Incremento
3	6	6	Incremento
7	6	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	7	7	Incremento
3	3	4	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	4	3	Mantuvo

3	6	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
3	6	6	Incremento
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	4	4	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	7	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	3	4	Mantuvo
6	4	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo

3= Sano

4= Normal

6= Peligro

7= Quemado

**Seguimiento individual
(Personal de enfermería)**

Puntuación Leiter			Indicador (seguimiento individual)
1 ^a Evaluación	2 ^a Evaluación	3 ^a Evaluación	
6	6	6	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	6	4	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
7	6	7	Mantuvo
6	7	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
6	4	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	4	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
4	3	6	Incremento
3	3	6	Incremento
7	6	3	Disminuyó
6	6	4	Disminuyó
3	6	6	Incremento
7	7	7	Mantuvo
6	4	6	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
4	4	3	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó

6	6	6	Mantuvo
6	6	4	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	7	7	Incremento
6	6	6	Mantuvo
6	6	7	Incremento
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	3	6	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	3	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
3	3	6	Incremento
3	6	6	Incremento
3	6	3	Mantuvo
3	6	6	Incremento
6	6	7	Incremento
6	3	3	Disminuyó
7	7	6	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	4	4	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
4	3	4	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	6	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	4	4	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo

3	6	6	Incremento
6	6	6	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
4	6	6	Incremento
3	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	4	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
7	6	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
3	6	4	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	7	7	Incremento
7	6	6	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	3	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	3	4	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo

3	3	3	Mantuvo
3	3	6	Incremento
6	4	3	Disminuyó
6	6	3	Disminuyó
3	6	4	Mantuvo
4	4	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
3	3	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
7	4	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
7	7	4	Disminuyó
6	3	3	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	6	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	7	6	Mantuvo
7	6	6	Disminuyó
3	6	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	7	Incremento
6	3	6	Mantuvo
7	6	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	3	4	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó

6	7	6	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
4	6	6	Incremento
6	7	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	4	6	Mantuvo
6	6	7	Incremento
6	7	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	7	Incremento
4	4	4	Mantuvo
6	4	3	Disminuyó
6	6	7	Incremento
6	3	3	Disminuyó
6	3	6	Mantuvo
6	4	4	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	7	4	Disminuyó
4	4	4	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
6	7	7	Incremento
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo

3= Sano
4= Normal
6= Peligro
7= Quemado

**Seguimiento individual
(Estudiantes de enfermería)**

Puntuación Leiter			Indicador (seguimiento individual)
1 ^a Evaluación	2 ^a Evaluación	3 ^a Evaluación	
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	7	6	Disminuyó
4	6	6	Disminuyó
4	3	4	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	4	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
6	6	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó
6	6	4	Disminuyó
4	3	3	Mantuvo
3	3	6	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
4	6	6	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
6	3	3	Disminuyó

4	3	3	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	6	Disminuyó
4	3	4	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
7	4	6	Disminuyó
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	6	Disminuyó
7	7	7	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
4	3	3	Mantuvo
6	4	3	Disminuyó
6	3	3	Disminuyó
3	4	3	Mantuvo
6	3	6	Mantuvo
6	3	6	Mantuvo
6	6	6	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
7	3	7	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
7	7	7	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo
3	4	3	Mantuvo
4	4	4	Mantuvo
3	6	3	Mantuvo
3	3	3	Mantuvo

3= Sano
4= Normal
6= Peligro
7= Quemado

Anexo 18. Análisis por factor resiliencia.

Estudiantes de enfermería

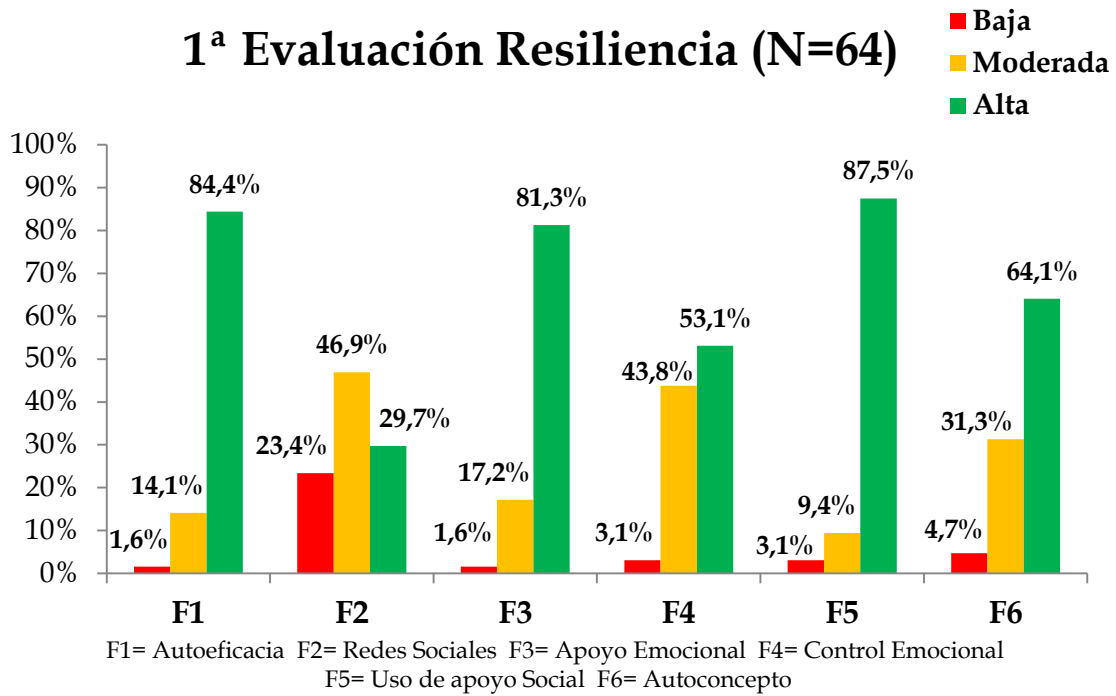


Figura 13. Niveles 7 factores de resiliencia, 1ª evaluación, estudiantes de enfermería.

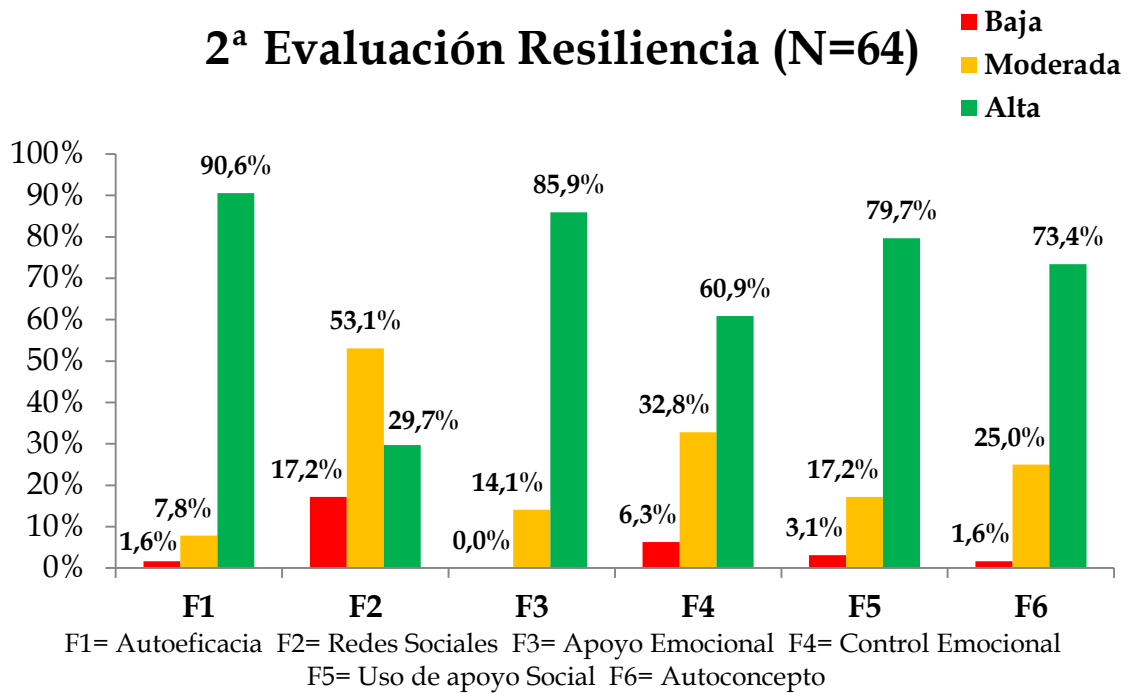


Figura 14. Niveles 7 factores de resiliencia, 2ª evaluación, estudiantes de enfermería.

3ª Evaluación Resiliencia (N=64)

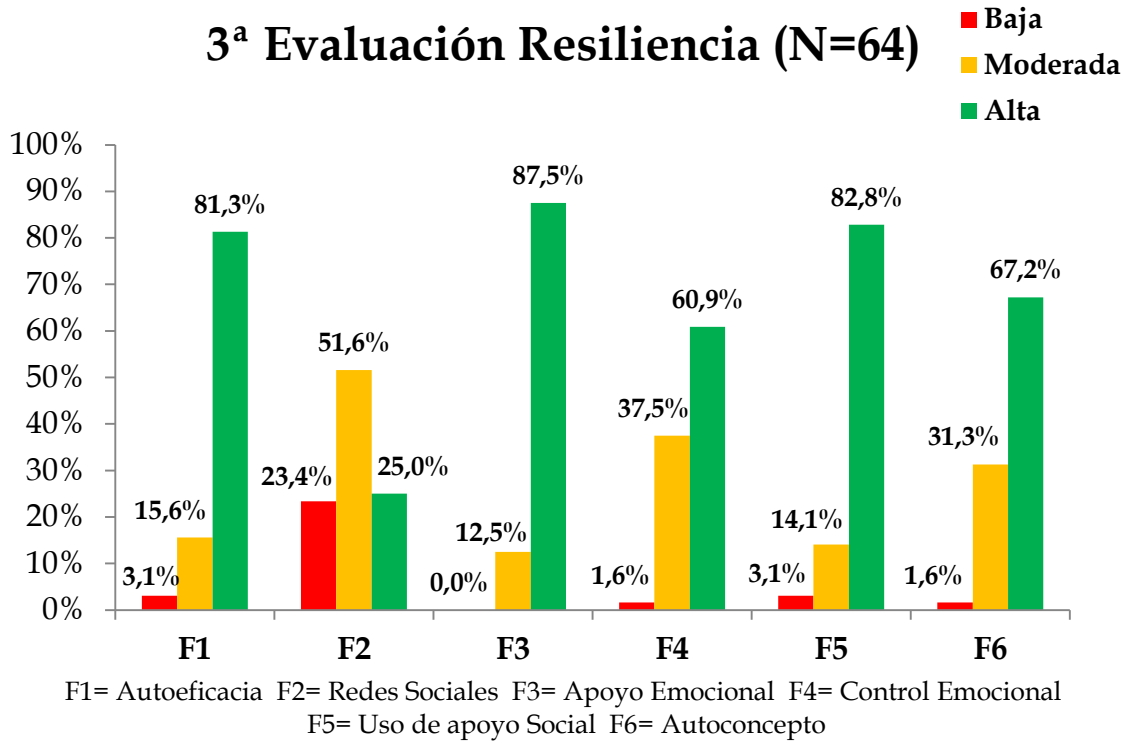


Figura 15. Niveles 7 factores de resiliencia, 3ª evaluación, estudiantes de enfermería.

Estudiantes de Medicina

1ª Evaluación Resiliencia (n=115)

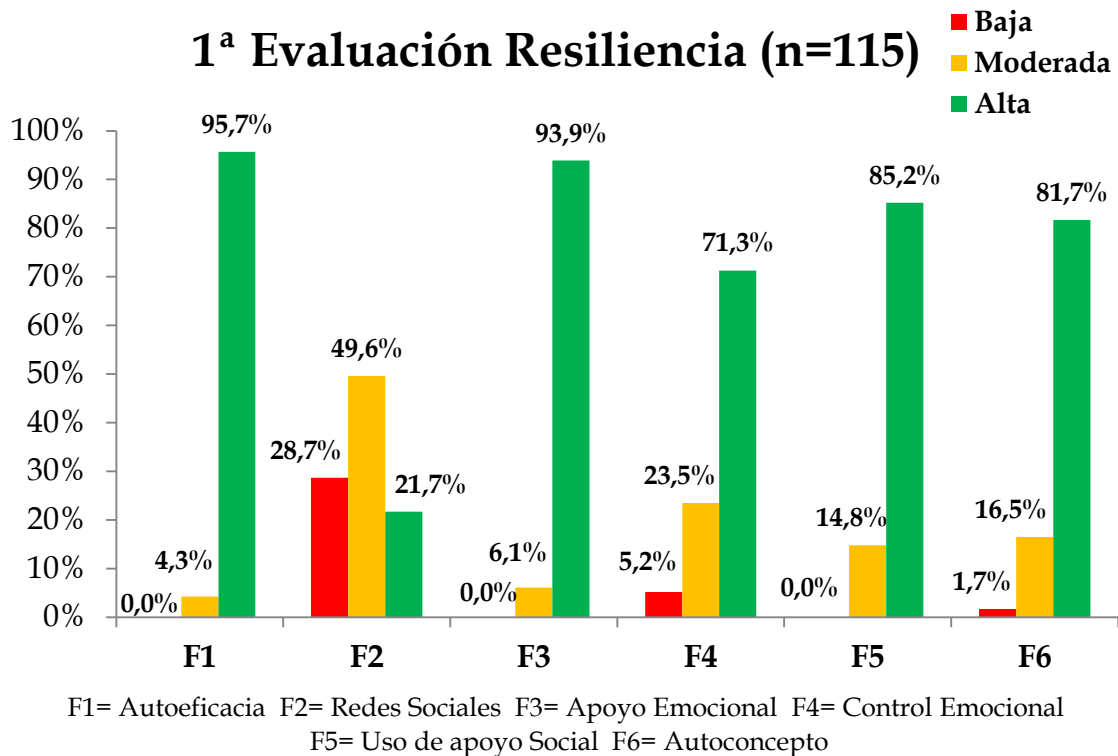


Figura 16. Niveles 7 factores de resiliencia, 1ª evaluación, estudiantes de medicina.

2ª Evaluación Resiliencia (n=115)

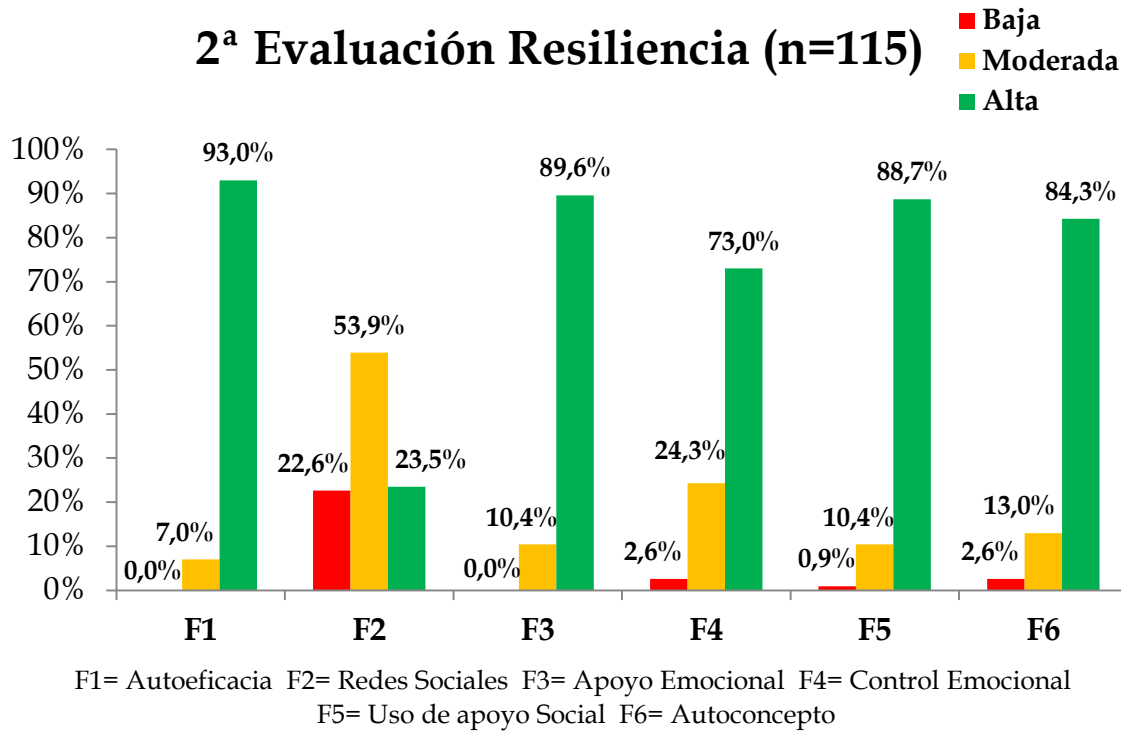


Figura 17. Niveles 7 factores de resiliencia, 2ª evaluación, estudiantes de medicina.

3ª Evaluación Resiliencia (n=115)

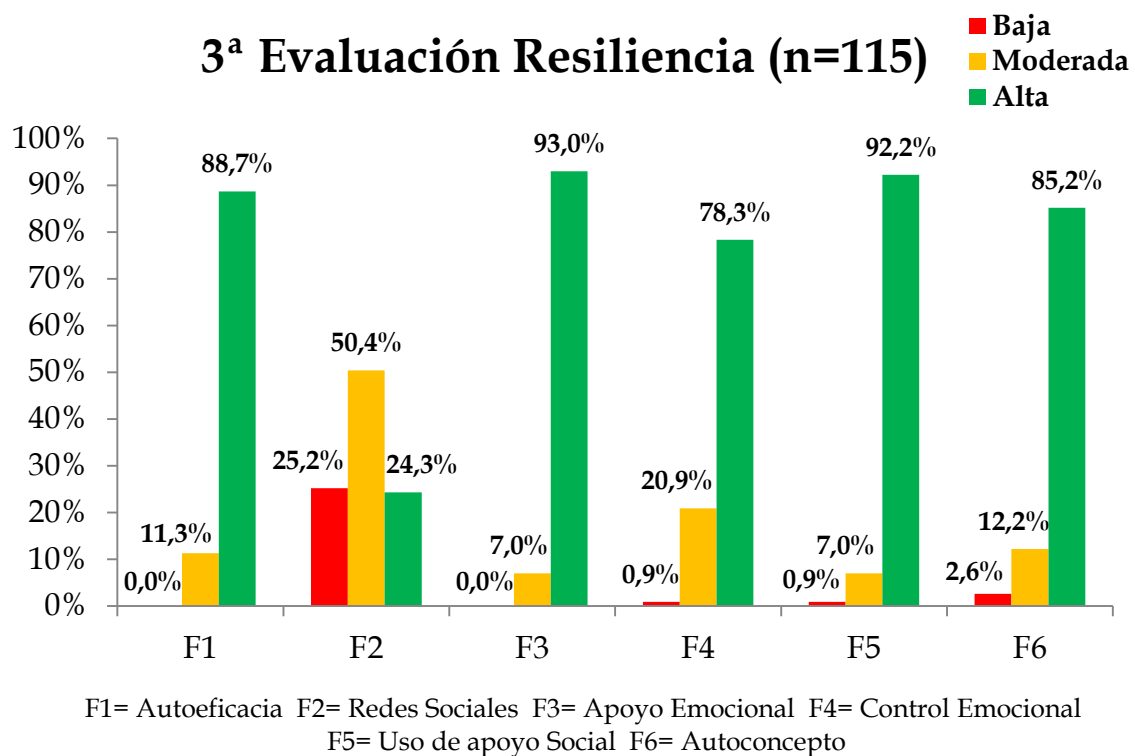


Figura 18. Niveles 7 factores de resiliencia, 3ª evaluación, estudiantes de medicina.

Personal de Enfermería

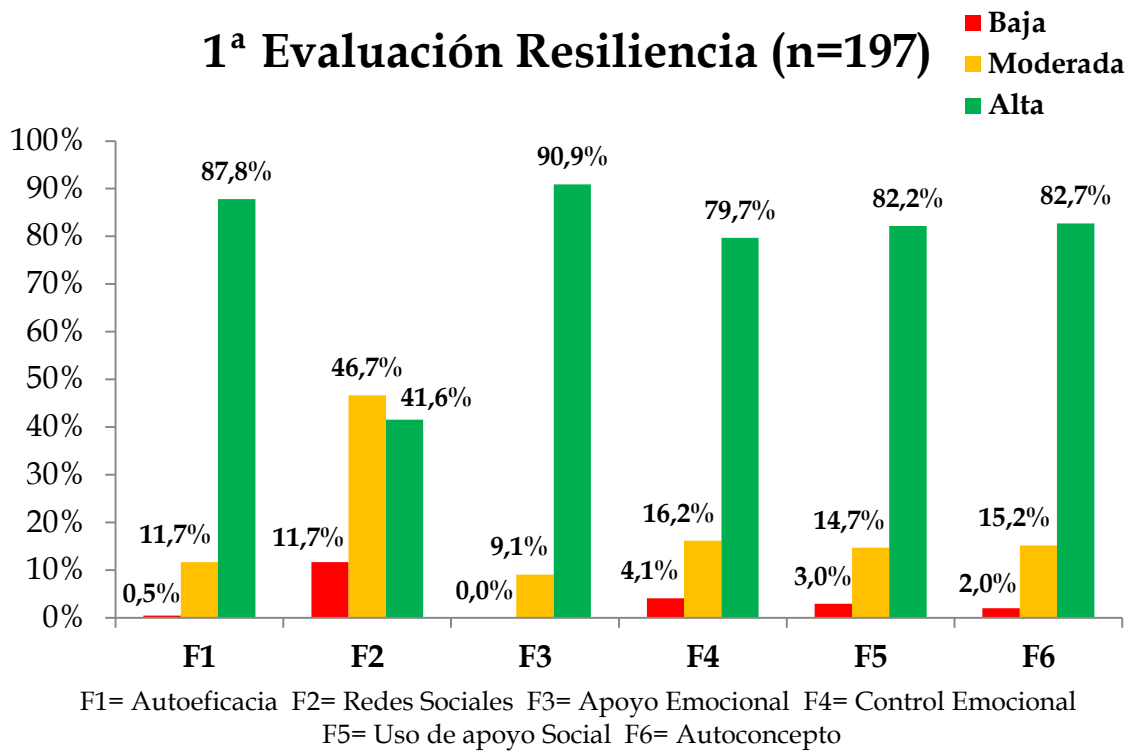


Figura 19. Niveles 7 factores de resiliencia, 1ª evaluación, personal de enfermería.

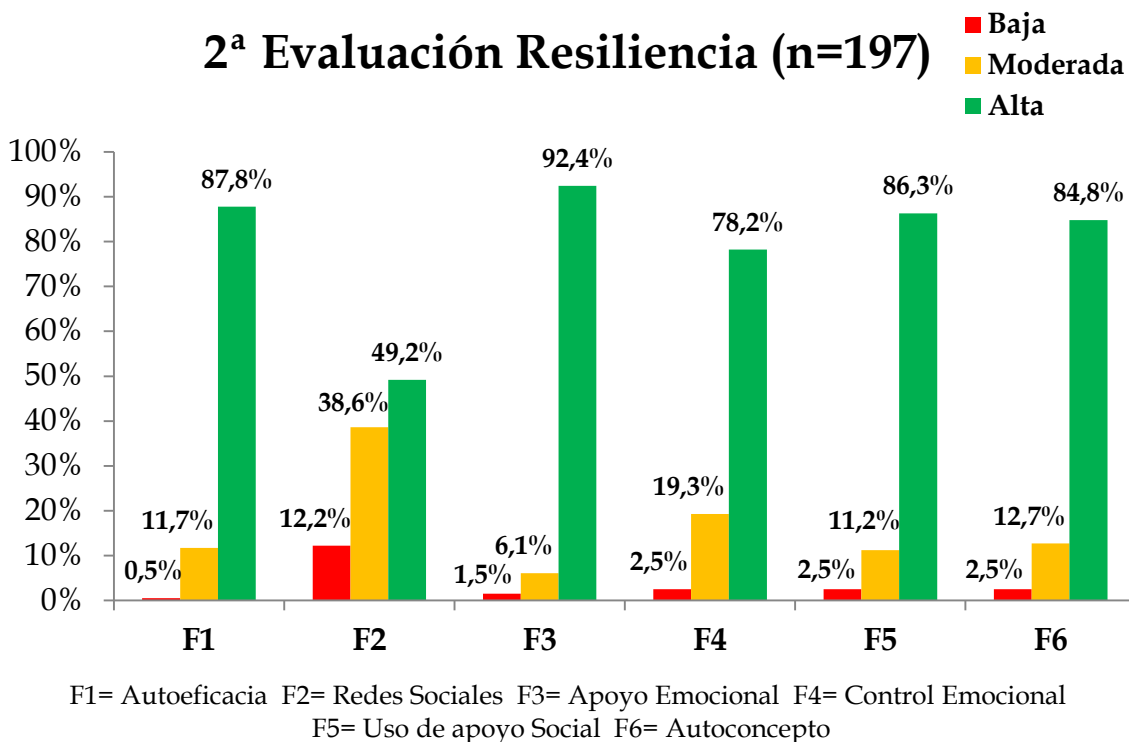


Figura 20. Niveles 7 factores de resiliencia, 2ª evaluación, personal de enfermería.

3ª Evaluación Resiliencia (n=197)

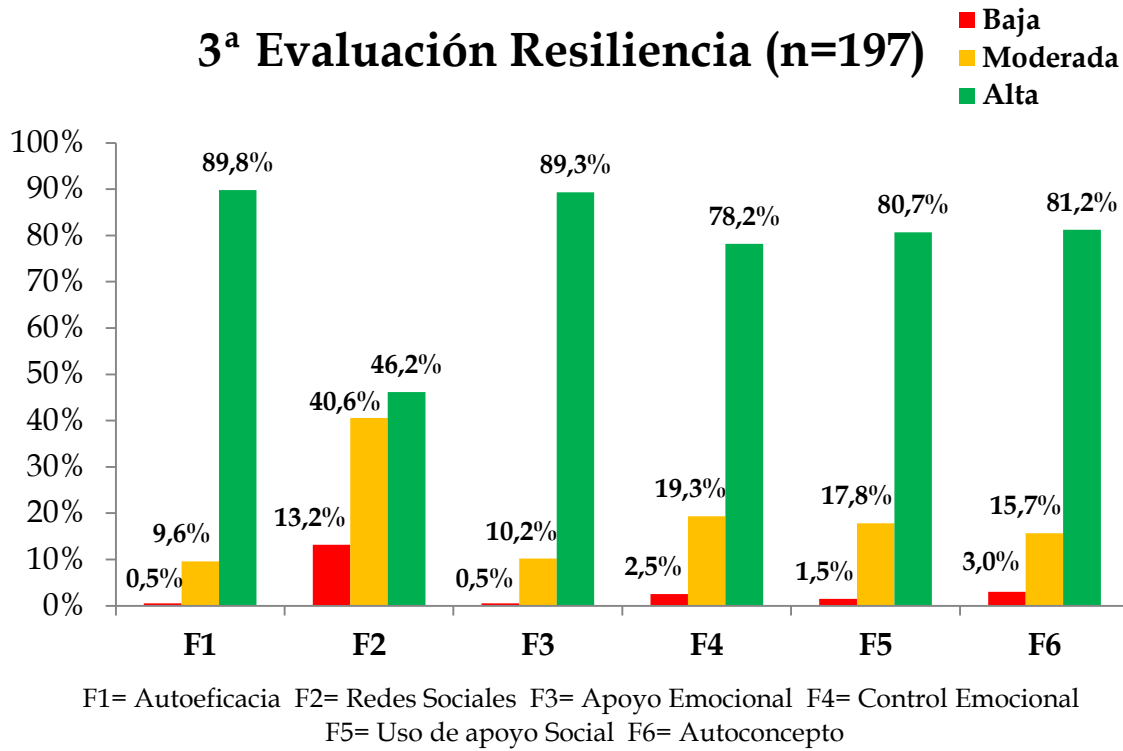


Figura 21. Niveles 7 factores de resiliencia, 3ª evaluación, personal de enfermería.

Personal de Medicina

1ª Evaluación Resiliencia (n=73)

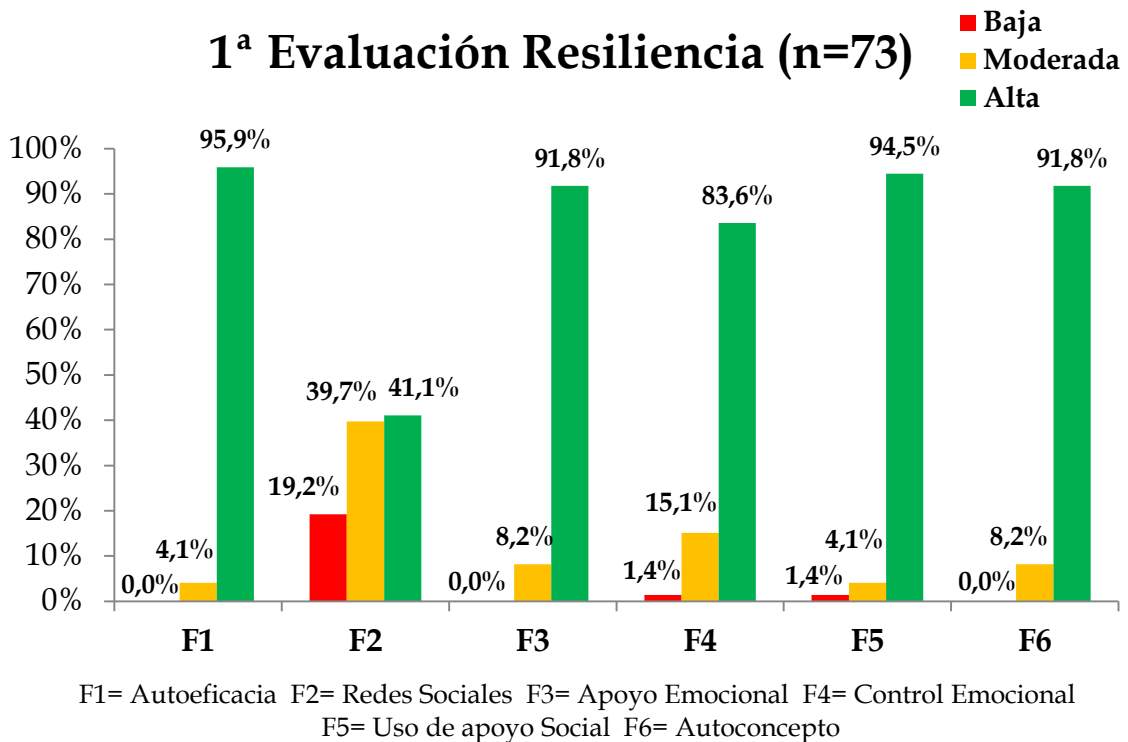


Figura 22. Niveles 7 factores de resiliencia, 1ª evaluación, personal de medicina.

2ª Evaluación resiliencia (n=73)

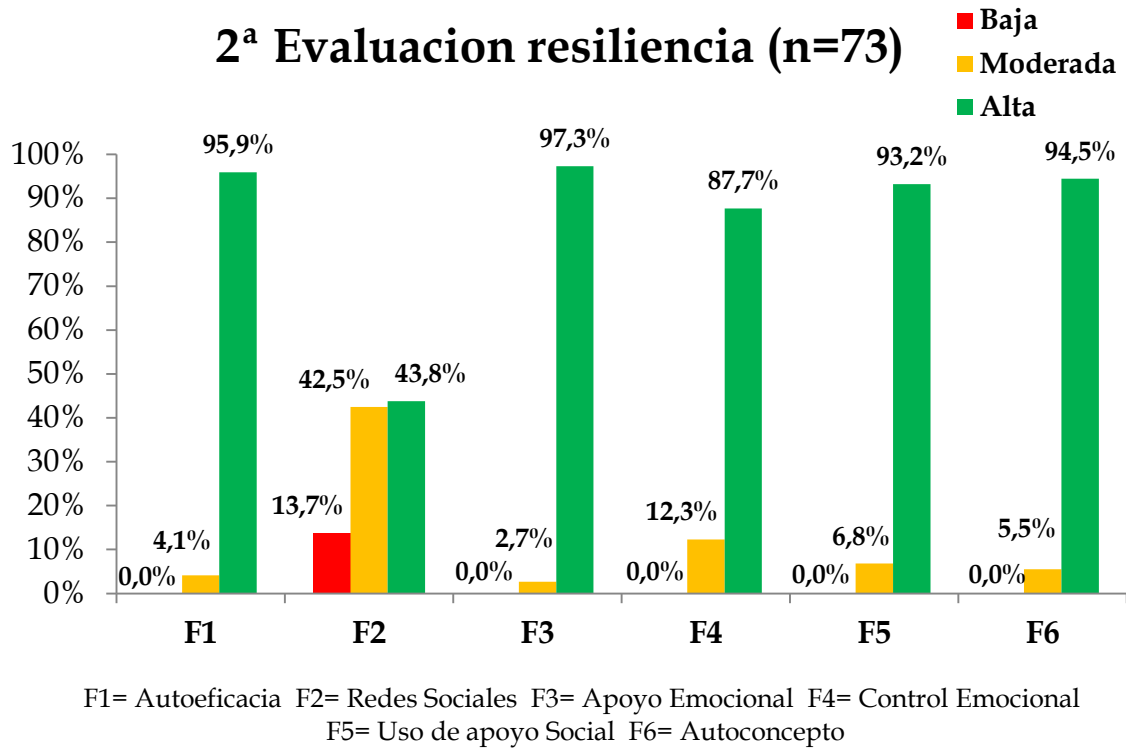


Figura 23. Niveles 7 factores de resiliencia, 2ª evaluación, personal de medicina.

3ª Evaluación Resiliencia (n=73)

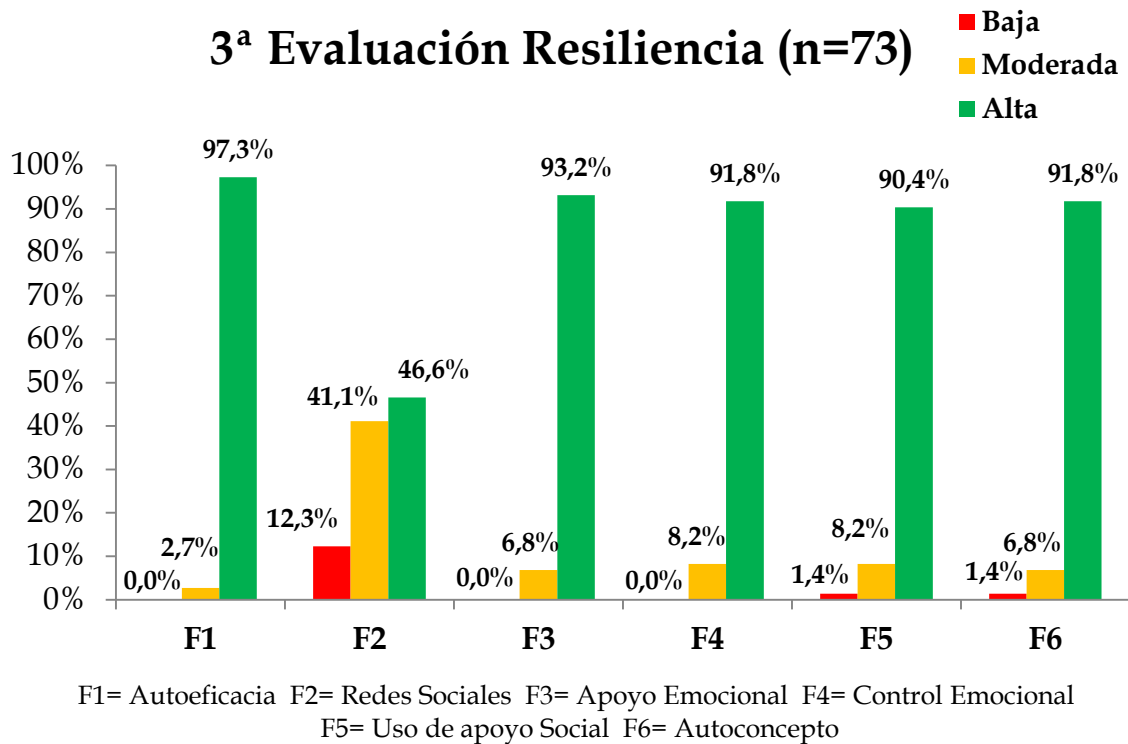


Figura 24. Niveles 7 factores de resiliencia, 3ª evaluación, personal de medicina.

Anexo 19. Comparación entre mediciones (componentes de resiliencia)

Resultados de la prueba de análisis de varianza de Fredman, para la comparación entre mediciones, componentes de resiliencia.

	Variable	χ^2	gl	p
Estudiantes de Enfermería	F1. Autoeficacia	3.957	2	.138
	F2. Relaciones sociales	1.667	2	.435
	F3. Apoyo emocional	2.100	2	.350
	F4. Control emocional	1.407	2	.495
	F5. Uso de apoyo	2.426	2	.297
	F6. Autoconcepto	3.970	2	.137
		5.444	2	.066
Estudiantes de medicina	F1. Autoeficacia			
	F2. Relaciones sociales	1.000	2	.607
	F3. Apoyo emocional	2.625	2	.269
	F4. Control emocional	4.449	2	.108
	F5. Uso de apoyo	4.174	2	.124
	F6. Autoconcepto	0.519	2	.772
		0.721	2	.697
Personal de enfermería	F1. Autoeficacia			
	F2. Relaciones sociales	1.893	2	.388
	F3. Apoyo emocional	1.491	2	.475
	F4. Control emocional	0.028	2	.986
	F5. Uso de apoyo	3.605	2	.165
	F6. Autoconcepto	1.392	2	.499
		0.400	2	.819
Personal médico	F1. Autoeficacia			
	F2. Relaciones sociales	2.531	2	.282
	F3. Apoyo emocional	5.200	2	.074
	F4. Control emocional	4.933	2	.085
	F5. Uso de apoyo	0.727	2	.695
	F6. Autoconcepto	1.556	2	.459

* p< .05

