



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE
BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD
AGUASCALIENTES”**

**TESIS PRESENTADA POR
CRISTINA GONZÁLEZ RAMÍREZ PARA OBTENER EL
GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

ASESORES:

**DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO
DRA. ROCÍO PÉREZ BOCANEGRA**

Aguascalientes, Ags., enero de 2025.

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Lunes, 14 de octubre de 2024**

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-119

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018087**

FECHA **Miércoles, 29 de mayo de 2024**

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Maestro (a) Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir





CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS. A 28 DE NOVIEMBRE DE 2024

**CÓMITE DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CRISTINA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“Frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.”

Número de Registro: **R-2024-101-119** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra. Cristina González Ramírez** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención al presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'C. Sánchez Navarro'.

**ATENTAMENTE:
DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO
DIRECTOR DE TESIS**



AGUASCALIENTES, AGS. A 28 DE NOVIEMBRE DEL 2024

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CRISTINA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“Frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.”

Número de Registro: **R-2024-101-119** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra. Cristina González Ramírez** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos A. Prado'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 03/02/25

NOMBRE: GONZALEZ RAMIREZ CRISTINA ID: 90055

ESPECIALIDAD: EN ANESTESIOLOGÍA LGAC (del posgrado): TÉCNICAS ANESTÉSICAS

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES

TÍTULO:

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACIÓN DE DATOS DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X
NO

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ...Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

17/1/25, 10:42

Gmail - Confirm co-authorship of submission to Revista Brasileira de Anestesiologia – Brazilian Journal of Anesthesiology



Cristina González Ramírez <gonzalezramirezcrisina@gmail.com>

Confirm co-authorship of submission to Revista Brasileira de Anestesiologia – Brazilian Journal of Anesthesiology

1 mensaje

Brazilian Journal of Anesthesiology <em@editorialmanager.com>
Responder a: Brazilian Journal of Anesthesiology <rba@sbahq.org>
Para: Cristina González-Ramírez <gonzalezramirezcrisina@gmail.com>

17 de enero de 2025, 9:35

This is an automated message.

Journal: Revista Brasileira de Anestesiologia – Brazilian Journal of Anesthesiology
Title: Impostor phenomenon is associated with burnout syndrome in anesthesiologists undertaking formation program: An observational study.
Corresponding Author: Dr. Carlos Armando Sánchez-Navarro
Co-Authors: Cristina González-Ramírez, PhD; Rocío Pérez-Bocanegra, M.D.
Manuscript Number:

Dear Cristina González-Ramírez,

Dr. Carlos Armando Sánchez-Navarro submitted this manuscript via Elsevier's online submission system, Editorial Manager, and you have been listed as a Co-Author of this submission. Elsevier asks Co-Authors to confirm their consent to be listed as Co-Author and track the papers status. In order to confirm your connection to this submission, please click here to confirm your co-authorship:

<https://www.editorialmanager.com/bjan/l.asp?i=154360&l=Y6JUQFJX>

If you have not yet registered for the journal on Editorial Manager, you will need to create an account to complete this confirmation. Once your account is set up and you have confirmed your status as Co-Author of the submission, you will be able to view and track the status of the submission as it goes through the editorial process by logging in at <https://www.editorialmanager.com/bjan/>

If you did not co-author this submission, please contact the Corresponding Author directly at anestesiocarlosarmando@gmail.com; anestesiocarlosarmando@hotmail.com

Thank you,

Revista Brasileira de Anestesiologia – Brazilian Journal of Anesthesiology

More information and support

FAQ: What is Editorial Manager Co-Author registration?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28460/supporthub/publishing/kw/co-author+editorial+manager/

You will find information relevant for you as an author on Elsevier's Author Hub: <https://www.elsevier.com/authors>

FAQ: How can I reset a forgotten password?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28452/supporthub/publishing/

For further assistance, please visit our customer service site: <https://service.elsevier.com/app/home/supporthub/publishing/>

Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about Editorial Manager via interactive tutorials. You can also talk 24/7 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/bjan/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

Agradecimientos

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** por apoyar a los médicos mexicanos con deseo de superación académica, brindarnos los espacios de aprendizaje del más alto nivel y en lo particular por otorgarme la beca para completar mis estudios de Especialidad médica en Anestesiología. A la **Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del HGZ 1 OOAD Aguascalientes** por todas las gestiones derivadas de mi formación.

A la **Universidad Autónoma de Aguascalientes** por brindar los medios de infraestructura, de recursos humanos y económicos en forma de subsidio de colegiatura y asesoría de maestros y tutores del más alto nivel.

A la Coordinadora de Educación **Doctora Margarita Muro Parra** por todo el tiempo y trabajo invertido en la formación de nuevos especialistas de alto sentido humano para nuestro país.

Al titular de la Especialidad en Anestesiología **Doctor Carlos Armando Sánchez Navarro**, por su dedicación incansable a la mejora continua de programas académicos y ambientes educativos para los residentes de Anestesiología de esta sede. También por ser mi tutor y su disposición incondicional hacia nuestro aprendizaje y mejora como especialistas en Anestesiología. A la **Doctora Rocío Pérez Bocanegra** por su apoyo y motivación sostenidas durante todo el curso de la especialidad.

A todos mis Maestros Anestesiólogos de la sede que dedicaron su tiempo y esfuerzo en enseñarme desde mi primer bloqueo y mi primera laringoscopia. Que a pesar de vivir la vorágine de las transiciones generacionales y los cambios metodológicos en la pedagogía a la que es difícil seguirle el paso, y tuvieran o no las herramientas disponibles, se dieron la oportunidad de entendernos y siempre tener empatía, una sonrisa y una palabra de aliento.

A mis compañeros y amigos de por vida **Miguel, Juan Carlos, Estefanía, Karla y Vanessa**, por compartir risas, lágrimas, hambre, sueño, frustraciones, logros, éxitos y hasta el aprender a sobrevivir en la etapa educativa más dura de la vida. Una especial dedicatoria para **Alejandro y Lizeth** a quienes el sistema les falló en este pequeño paso, pero que su tenacidad trasciende cualquier reto y siempre lograrán estar donde se lo propongan.

A mi esposo **Pepe** por darme todo lo que es, apoyarme en cada idea y reto que me propongo, por ser el mejor padre que existe en este mundo, ser mi compañero y cómplice, por siempre mantenerse a mi lado sosteniendo mi mano y siendo mi soporte a pesar de todas las altas y las bajas de la vida.

A mi pequeña hija **Efi**, que me acompaña en todas las etapas de mi vida, que a su corta edad entiende y me enseña más que cualquier título que he colgado en la pared, por todas las horas que no estuve presente por seguir mi desarrollo personal y profesional. Sé que ese tiempo no lo puedo recuperar, pero espero que estés orgullosa de mamá. Gracias por ser la hermosa persona que eres y por ser mía.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



Para Pepe y Efi ...

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I. ÍNDICE GENERAL

I.	ÍNDICE GENERAL.....	1
II.	ÍNDICE DE TABLAS	5
III.	ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
IV.	ACRÓNIMOS	8
V.	RESUMEN.....	9
	PALABRAS CLAVE.....	10
VI.	ABSTRACT	11
	KEY WORDS	12
VII.	INTRODUCCIÓN.....	13
VIII.	MARCO TEÓRICO.....	16
	FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI).....	16
	Tabla 1. Consenso de las teorías del Fenómeno del Impostor (FI).....	18
	SÍNDROME DE BURNOUT (SB).....	19
	Tabla 2. Teoría de SB y sus dimensiones	21
IX.	MARCO CONCEPTUAL.....	22
	VARIABLE DE INTERÉS.....	22
	EPIDEMIOLOGÍA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB).....	22
X.	JUSTIFICACIÓN.....	24
	MAGNITUD	24
	TRASCENDENCIA.....	24
	FACTIBILIDAD	26
	VIABILIDAD.....	26
	DIFUSIÓN	27
XI.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
XII.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
XIII.	OBJETIVOS	30
	OBJETIVO GENERAL.....	30
	OBJETIVOS PARTICULARES	30
XIV.	HIPÓTESIS	31

XV. METODOLOGÍA.....	32
DISEÑO.....	32
LUGAR.....	32
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	32
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
Tabla 3. Operacionalización de variables.....	33
MUESTREO.....	36
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	36
TIPO DE MUESTREO.....	36
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	37
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	38
INSTRUMENTOS.....	38
ESCALA VALIDADA PARA FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI).....	38
Figura 1. Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español.....	40
ESCALA VALIDADA PARA SÍNDROME DE BURNOUT (SB).....	40
Figura 2. Cuestionario <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) validado al español.....	42
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	43
MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	44
SESGO DE INFORMACIÓN.....	44
SESGO DE SELECCIÓN.....	44
SESGO DE INTERÉS.....	45
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	45
ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	45
ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN PARA EL RESULTADO DE LOS INSTRUMENTOS.....	45
ASPECTOS ÉTICOS.....	45
XVI. RESULTADOS.....	47
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	47
EDAD.....	47
Figura 3. Gráfico de porcentaje de los participantes por grupo de edad en años.....	47
GÉNERO.....	48
Figura 4. Gráfico de porcentaje de los participantes por género.....	48
GRADO QUE CURSA.....	48

Figura 5. Gráfico de porcentaje de los participantes por grado que cursan 49
 ESPECIALIDAD QUE CURSA 49

Figura 6. Gráfico de porcentaje de los participantes por especialidad que cursan..... 49
 HORAS QUE PASAN EN EL HOSPITAL A LA SEMANA 50

Figura 7. Gráfico de número de horas que pasan los participantes en el hospital por semana 50
 HORAS LIBRES A LA SEMANA 51

Figura 8. Gráfico de número de horas libres que tienen los participantes por semana 51
 FRECUENCIA DE FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) 51

Figura 9. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la Escala de Clance para FI..... 52

Figura 10. Porcentaje de FI en los participantes..... 53

Figura 11. Porcentaje de FI por género de los participantes..... 53

Figura 12. Porcentaje de FI por especialidad cursada de los participantes 53

Figura 13. Porcentaje de FI por grado cursado de los participantes 54
 FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT (SB) 54

Figura 14. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión CE del MBI 55

Figura 15. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión DP del MBI 55

Figura 16. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión RP del MBI 56

Figura 17. Porcentaje de SB en los participantes 56

Figura 18. Porcentaje de SB por género de los participantes 57

Figura 19. Porcentaje de SB por especialidad cursada de los participantes 57

Figura 20. Porcentaje de SB por grado cursado de los participantes 57
 ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE FI Y SB 58
 GRÁFICAS DE DISPERSIÓN Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON 58

Figura 21. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión CE del MBI en los participantes 58

Figura 22. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión DP del MBI en los participantes 59

Figura 23. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión RP del MBI en los participantes 59

Tabla 4. Coeficiente de Correlación de Pearson entre las tres dimensiones del SB y el FI 60

 MODELOS DE REGRESIÓN 60

Tabla 5. Análisis de regresión lineal entre variables independientes y variables predictoras 61

Figura 24. Modelo de regresión logística entre género y CE, DP, RP y FI..... 62

Figura 25. Modelo de regresión logística entre grado y CE, DP, RP y FI..... 63

Figura 26. Modelo de regresión logística entre especialidad y CE, DP, RP y FI 64

XVII. DISCUSIÓN..... 65

XVIII. CONCLUSIONES 70

XIX. GLOSARIO..... 71

XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 72

XXI. ANEXOS 77

 A. Consentimiento bajo información..... 77

 B. Cédula de recolección de datos e instrumentos 79

 C. Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español..... 80

 D. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado al español 81

 E. Manual operacional de los instrumentos..... 82

 CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 82

 INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO B. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS..... 83

 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ESCALA DE CLANCE PARA FENÓMENO DEL IMPOSTOR VALIDADA AL ESPAÑOL..... 84

 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) VALIDADO AL ESPAÑOL..... 85

 F. Carta de no inconveniencia 87

II. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consenso de las teorías del Fenómeno del Impostor (FI).....	18
Tabla 2. Teoría de SB y sus dimensiones	21
Tabla 3. Operacionalización de variables	33
Tabla 4. Coeficiente de Correlación de Pearson entre las tres dimensiones del SB y el FI	60
Tabla 5. Análisis de regresión lineal entre variables independientes y variables predictoras	61



III. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español. 40

Figura 2. Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) validado al español 42

Figura 3. Gráfico de porcentaje de los participantes por grupo de edad en años 47

Figura 4. Gráfico de porcentaje de los participantes por género..... 48

Figura 5. Gráfico de porcentaje de los participantes por grado que cursan 49

Figura 6. Gráfico de porcentaje de los participantes por especialidad que cursan..... 49

Figura 7. Gráfico de número de horas que pasan los participantes en el hospital por semana 50

Figura 8. Gráfico de número de horas libres que tienen los participantes por semana 51

Figura 9. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la Escala de Clance para FI..... 52

Figura 10. Porcentaje de FI en los participantes..... 53

Figura 11. Porcentaje de FI por género de los participantes..... 53

Figura 12. Porcentaje de FI por especialidad cursada de los participantes 53

Figura 13. Porcentaje de FI por grado cursado de los participantes 54

Figura 14. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión CE del MBI 55

Figura 15. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión DP del MBI 55

Figura 16. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión RP del MBI 56

Figura 17. Porcentaje de SB en los participantes 56

Figura 18. Porcentaje de SB por género de los participantes 57

Figura 19. Porcentaje de SB por especialidad cursada de los participantes..... 57

Figura 20. Porcentaje de SB por grado cursado de los participantes 57

Figura 21. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión CE del MBI en los participantes 58

Figura 22. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión DP del MBI en los participantes 59

Figura 23. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión RP del MBI en los participantes 59

Figura 24. Modelo de regresión logística entre género y CE, DP, RP y FI..... 62

Figura 25. Modelo de regresión logística entre grado y CE, DP, RP y FI..... 63

Figura 26. Modelo de regresión logística entre especialidad y CE, DP, RP y FI 64



IV. ACRÓNIMOS

FI Fenómeno del Impostor

SB Síndrome de *Burnout*

IP *Impostor Phenomenon*

BS *Burnout Syndrome*

ECFI Escala de Clance para Fenómeno del Impostor

CIPS *Clance Impostor Phenomenon Survey*

IBM Inventario de *Burnout* de Maslach

MBI *Maslach Burnout Inventory*

CE Cansancio emocional

DP Despersonalización

RP Realización personal

UMQ Urgencias Médico Quirúrgicas

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

OOAD Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada

HGZ Hospital General de Zona

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES

V. RESUMEN

Introducción. El FI es la experiencia psicológica de fraudulencia intelectual y profesional que se presenta hasta en el 30% de profesionales de la salud. Se evalúa con la Escala de Clance. El SB es el síndrome psicológico por exposición crónica a estrés laboral, su incidencia entre profesionales de la salud va de 25 a 75%. Se diagnostica con el *Maslach Burnout Inventory (BMI)*. El no reconocer y evaluar el FI y SB puede limitar el proceso de desarrollo de carrera. Se necesita mayor investigación para entender su frecuencia en residentes de especialidades médicas.

Objetivo. Describir la frecuencia del FI y SB en residentes del Hospital General de Zona (HGZ) 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) OOAD Aguascalientes.

Metodología. Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico. Se aplicaron las escalas de *Clance* y *BMI* validadas al español a los residentes de especialidades médicas de segundo año en adelante inscritos al ciclo escolar 2024 – 2025 en el HGZ 1 del IMSS OOAD Aguascalientes. Se realizó el cálculo de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Se aplicó coeficiente de correlación de Pearson de los resultados del instrumento Escala del FI de *Clance* con el resultado de las tres dimensiones del instrumento Inventario de SB de *Maslach*. Se realizó un modelo matemático de regresión lineal entre variables continuas y de regresión logística entre variables continuas y categóricas. Se utilizó el software Microsoft Excel® y GNU Operating System PSPP® versión 2.0.1 para Windows®.

Resultados. La edad media de los participantes fue de 30.2 ± 2.86 años, siendo 68% femenino y 32% masculino, 52% cursando segundo grado y 70% Anestesiología. Reportaron 75.79 ± 23.78 horas en el hospital por semana y 26.8 ± 18.91 horas de descanso por semana. Encontramos FI en 45% y SB en 29% de los participantes. Reportamos correlación entre FI y SB ($p < 0.05$).

Conclusión. La frecuencia de FI en nuestra muestra fue de 45% y SB de 28%. Se encontró correlación no causal estadísticamente significativa entre el puntaje de FI y el de las 3 dimensiones de SB.

PALABRAS CLAVE

Residente, Anestesiología, Urgencias Médico Quirúrgicas, Especialidad médica, Fenómeno del Impostor, Síndrome de *Burnout*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IMPOSTOR PHENOMENON (IP) AND BURNOUT SYNDROME (BS) FREQUENCY IN RESIDENTS OF THE GENERAL ZONE HOSPITAL 1 OF THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY OOAD AGUASCALIENTES

VI. ABSTRACT

Introduction. *IP is the psychological experience of intellectual and professional fraudulence that occurs in up to 30% of health professionals. It is assessed with the Clance Impostor Phenomenon Scale. BS is the psychological syndrome due to chronic exposure to work stress, its incidence among health professionals ranges from 25 to 75%. It is diagnosed with the Maslach Burnout Inventory (BMI). Failure to recognize and assess IP and BS can limit the career development process. Further research is needed to understand its frequency in medical specialties residents.*

Objective. *To describe the frequency of IP and BS in residents of the General Zone Hospital 1 of the Mexican Social Security Institute OOAD Aguascalientes.*

Methods. *A non-experimental, observational, descriptive, prospective, single-center study was conducted. The Clance and BMI scales validated in Spanish were applied to second-year medical specialty residents and above enrolled in the 2024-2025 school year at the General Zone Hospital 1 of the Mexican Social Security Institute OOAD Aguascalientes. Frequency and percentage calculations were performed for qualitative variables. Pearson's correlation coefficient was applied to the results of the Clance IP Scale instrument with the result of the three dimensions of the Maslach BS Inventory instrument. A mathematical model of linear regression between continuous variables and logistic regression between continuous and categorical variables was performed. Microsoft Excel® and GNU Operating System PSPP® version 2.0.1 for Windows® software were used.*

Results. *The mean age of the participants was 30.2 ± 2.86 years, being 68% female and 32% male, 52% in second grade and 70% Anesthesiology. They reported 75.79 ± 23.78 hours in the hospital per week and 26.8 ± 18.91 hours of rest per week. We found IP in 45% and BS in 29% of the participants. We reported a correlation between IP and BS ($p < 0.05$).*

Conclusion. *The frequency of IP in our sample was 45% and BS 28%. A statistically significant non-causal correlation was found between the IP score and the 3 BS dimensions.*

KEY WORDS

Resident, Anesthesiology, Emergency Medicine, Medical Specialty, Impostor Phenomenon, Burnout Syndrome



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES

VII.INTRODUCCIÓN

En 2023, Batur y colaboradores (1) hicieron un estudio transversal cuantitativo en el que el objetivo fue examinar el FI y SB y evaluar una posible relación entre ambos en médicos trabajando en urgencias. La población de estudio incluyó 390 participantes médicos de urgencias hombres y mujeres de 27 a 35 años residentes y médicos de urgencias. Como instrumentos de evaluación aplicaron la escala de Clance para FI y el cuestionario Maslach para SB. Se reportó que la intensidad de experiencias de FI fue mayor a menor edad del participante ($p < 0.001$), siendo intenso el grado de experiencias en 28.9% en mujeres y 17% en hombres ($p = 0.020$) y concluyendo que el FI y SB son más comunes en los médicos en formación que en los médicos con mayor experiencia.

Vaa Stelling y colaboradores (2023) (2) realizaron un estudio cualitativo usando teoría constructivista fundamentada con el objetivo de caracterizar la formación de la identidad profesional en la transición de residente a médico y explorar su relación con el desarrollo de Burnout, mediante entrevistas semiestructuradas desarrolladas por un grupo de especialistas educadores clínicos, sociólogos e investigadores en educación médica. Los participantes fueron médicos con menos de cinco años de graduados. En total realizaron 11 entrevistas: 5 fueron a mujeres (45%), 6 graduados en Medicina Interna (82%), 2 en Cuidados Críticos (18%), 1 en Infectología (9%), 1 en Nefrología (9%) y 1 en Hematología (1%) que fueron grabadas para su posterior análisis, de lo que reportaron que la transición de la residencia a la práctica médica como médicos graduados sin supervisión incluye tres principales áreas de preocupación que son la carga de encajar y destacar, los retos propios

de la práctica y la autonomía individual en la práctica clínica como desencadenantes de FI manifestado como incertidumbre sobre las decisiones tomadas, sentimientos de no merecer el grado obtenido e inseguridad y sentimiento de no pertenecer ante colegas y pacientes; y de SB por el estrés de perseguir la aprobación y reconocimiento, de las expectativas sobre complementar el trabajo clínico con el académico y de contar con respaldo por parte de la institución. Se concluyó que el FI y el SB se reportan de manera frecuente en médicos que acaban de concluir su etapa formativa relacionado con la etapa de formación de la identidad profesional, resaltando la importancia de su estudio en las etapas tempranas de la inserción a la vida profesional médica.

Liu y colaboradores (2022) (3), publicaron un estudio observacional con el objetivo de investigar la relación entre ansiedad e impostorismo con *Burnout* en estudiantes de medicina de posgrado en la residencia, a los que se les aplicó los cuestionarios *Clance Impostor Phenomenon Scale (CIPS)*, el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*, el *General Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)* y se exploraron las relaciones entre fenómeno del impostor, ansiedad y *Burnout*. La entrevista fue contestada por 269 residentes distribuidos de forma equitativa entre especialidades. Se identificó fenómeno del impostor en el 62.7%. El puntaje promedio del CIPS fue 66.4 (DE= 14.4), correspondiente a sentimientos frecuentes de impostorismo. También reportaron mayor riesgo de impostorismo en estudiantes del sexo femenino (RR = 1.27, 95% CI: 1.03–1.57). Se detectó *Burnout* en 23.3% de los respondientes. También se encontró diferencia significativa entre especialidades ($p = 0.02$) siendo mayor en cirugía general (31.7%). El fenómeno del impostor es un factor de riesgo independiente para ansiedad (RR = 3.64, 95% CI: 1.96–6.76) y *Burnout* (RR = 1.82, 95% CI: 1.07–3.08). Los autores concluyeron que el fenómeno del impostor es un factor de riesgo independiente tanto para ansiedad y *Burnout* y es experimentado frecuentemente por residentes independientemente de la especialidad que cursan.

Leach y asociados (2019) (4) realizaron un estudio observacional con el objetivo de encontrar la prevalencia de síndrome del impostor y *Burnout* en cirujanos generales y residentes de cirugía. Se aplicaron dos entrevistas independientes a cada participante, la primera para obtener datos demográficos y de escolaridad y la segunda era la aplicación de la escala del fenómeno del impostor de Clance (CIPS) junto con la escala validada de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puntaje de *Burnout*. La población se compuso de cirujanos generales y residentes de cirugía. Los autores reportaron que la comunidad de cirujanos y residentes de cirugía presentaba mayor tasa de respuesta de las entrevistas (87%) que la comunidad universitaria en general (55%). La mayoría de los respondientes fueron hombres (70%), caucásicos (91%), con hijos (67%) y casados (78%). De los respondientes, los residentes de cirugía tuvieron puntajes más altos comparados con la comunidad universitaria en 8 de 20 ítems en el CIPS (61 vs 51, $p=0.017$). En cuanto a síntomas de fenómeno del impostor se definió un corte de 62 o más puntos, e incrementaban conforme aumentaban los años de práctica sin ser estadísticamente significativo. Los síntomas de *Burnout* eran mayores en quienes tenían síntomas clínicos de fenómeno del impostor ($p= 0.024$). En cuanto a factores asociados con síntomas clínicos del fenómeno del impostor, solo se relacionó *Burnout* con un alto riesgo de presentarlos (OR 3.95, $p=0.017$). Los autores concluyeron que existe asociación entre síntomas clínicos de fenómeno del impostor y síntomas de *Burnout* en residentes médicos, siendo el único artículo en que se menciona esta asociación ($p= 0.024$).

Zaed y colaboradores (2022) (5) Realizaron un estudio observacional que consistía en una entrevista transversal anónima que incluía tres secciones: información demográfica, la aplicación del cuestionario de Clance para fenómeno del impostor y preguntas sobre mecanismos compensatorios, distribuida a neurocirujanos jóvenes y residentes de Neurocirugía en Italia. Su objetivo fue definir la prevalencia de fenómeno del impostor en dichos grupos e identificar factores de riesgo asociados con fenómeno del impostor. Se distribuyó por medio de correo electrónico a través de la base de datos nacional de correos y se recibieron un total de 103 participantes de 437 potenciales respondientes (23.6%); 57.3% hombres y 42.7% mujeres; 73.8% residentes. El 84% de los respondientes reportó signos moderados a severos de fenómeno del impostor. La prevalencia fue de 63% en neurocirujanos y 88.2% en residentes de Neurocirugía, aunque sólo una minoría resultó con sintomatología intensa (11.7%). La diferencia entre grupos fue estadísticamente significativa ($p = 0.014$). También se encontró diferencia significativa en la severidad de los síntomas ($p = 0.001$) y logros académicos como factor predictor de fenómeno del impostor ($p = 0.001$). El número de horas trabajadas se relacionó con mayor severidad de fenómeno del impostor ($p = 0.013$). Los autores concluyeron alta prevalencia en la población de

estudio con implicaciones para el bienestar de los neurocirujanos graduados y en formación.

VIII.MARCO TEÓRICO

FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI)

A continuación, se presenta una breve reseña histórica de los estudios realizados desde 1974 hasta la actualidad en el tema del FI. En 1974, Deaux y Emswiller describieron por primera vez un constructo psicológico en el que se tiene incongruencia entre un desempeño exitoso y la causa que llevó a dicho desempeño, teorizando que el sujeto atribuye su éxito a suerte y no a habilidades, y para 1976, esta teoría se publica en el libro "*New directions in attributions research*" (6)(7)(8)(9). Este estudio sentó las bases para que en 1978, la Doctora Pauline Rose Clance y Suzanne Ament Imes, publicaran un trabajo titulado "*The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention*" en la revista *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* en el que relacionaron sujetos que demostraron un alto desempeño en su área profesional con síntomas clínicos de ansiedad generalizada, depresión, inseguridad y frustración relacionada con la incapacidad de cumplir con estándares de logro autoimpuestos y que no entraban en ninguna categoría diagnóstica hasta ese momento; de esta manera y se acuña el término "Fenómeno del impostor (FI)", teorizando una experiencia intelectual interna de falsedad, que es particularmente prevalente entre un grupo de personas con altos logros donde propone que estas no experimentan un sentido interno de éxito y se consideran "impostores", mantienen la creencia de no ser inteligentes y están convencidas de que han engañado a las personas que piensan de otra manera, siendo la teoría de la que se desarrolló la escala de evaluación de la expresión del FI (*Clance Imposter Phenomenon Scale, CIPS* por sus siglas en inglés) (10). Posteriormente, completa su trabajo con las bases teóricas sobre la etiología y el tratamiento para el FI (11). En los noventa, se define el FI como fraudulencia percibida, y se listan los factores que definen el fenómeno del impostor: la ideación de falsedad, tendencias depresivas, autocrítica y ansiedad social (12). También se reporta que se presenta en hombres y mujeres, y en edades desde la adolescencia temprana. Se agregan los constructos que componen el FI: miedo a la evaluación, miedo a no ser capaces de repetir el éxito, miedo a tener menores capacidades que otros, peor estado afectivo y mayor pérdida del autoestima ante una falla (13).

En la primera década del siglo XXI se obtuvo evidencia de la naturaleza estratégica del “impostorismo” a través de estudios de intervención en los que se concluyó que parte de las características atribuidas a los “impostores”, son conductas interpersonales diseñadas para minimizar las implicaciones de algún bajo rendimiento (14); se retomó el trabajo en las diferencias por edad y género, y se confirmó que los sentimientos de impostorismo se establecen desde la adolescencia, que podrían existir a edad más temprana, y que en las mujeres se requiere sentido de dependencia para desarrollar sentimientos de autenticidad en lugar de fraudulencia de una manera más amplia que en los hombres (15). Se establece como interferencia en el bienestar psicológico del individuo que limita la aceptación del éxito como resultado de las propias habilidades y lleva a sentimientos de duda de sí mismo y ansiedad (16); y se listaron seis dimensiones potenciales: El ciclo del impostor, la necesidad de ser especial y el mejor, aspectos de súper humano, miedo al fracaso, negación de la competencia, miedo al éxito y culpa al éxito (13). Para 2016, Villcock y colaboradores reportaron que existen mecanismos para afrontar los síntomas de impostorismo y que no es un rasgo de conducta estático, porque incrementa al enfrentar nuevos retos (17). En 2019, Hibber en su libro *The Imposter Cure* documenta que esta condición se puede desencadenar por evento, en un logro o en una tarea que provoque inseguridad en las propias habilidades y conocimiento. Tiene mayor intensidad en etapas de transición que representan nuevos retos (nuevo trabajo, nuevo proyecto o iniciar un nivel educativo superior). Ocurre cuando existe tensión entre dos perspectivas: los estándares autoimpuestos contra la autoevaluación. Se exacerba con el miedo de no ser suficiente o adecuado (18). Finalmente, en 2024, el libro *Imposter Phenomenon*, teoriza el FI como un espectro de conductas y comorbilidades, un síndrome independiente, como una manifestación de otros desórdenes mentales parte de una presentación compleja de varios trastornos de personalidad y el ánimo (19).

Por todo lo anterior, presentamos un consenso sobre las teorías para explicar el FI:

Tabla 1. Consenso de las teorías del Fenómeno del Impostor (FI)

Autor	Concepto	Dimensiones
Deaux y Emswiller, 1974 (6)	Teoría de atribución. El completar una tarea de manera exitosa puede ser explicada por el sujeto como suerte o esfuerzo y no con el reconocimiento de sus habilidades estables y permanentes.	Explicación interna del sujeto de la causa del éxito: Temporal: Suerte o esfuerzo Permanente: Habilidad
Clance e Imes, 1978 (10)	Fenómeno del impostor. Experiencia intelectual interna de falsedad, no presentar sentido interno de éxito y sentimiento de haber engañado a las personas que piensan de otra manera.	Falsedad interna Rechazo de éxito personal Impostorismo
Kolligian y Stenberg, 1991 (12)	Fraudulencia percibida. Autodepreciación al desempeño, que modifica la conducta del individuo para no ser descubiertos y aprensión en situaciones donde será evaluado.	Falsa ideación Atención a la propia conducta Miedo a la evaluación
Leary y colaboradores, 2000 (14)	Naturaleza estratégica del impostorismo. Se expresan conductas interpersonales para minimizar las consecuencias de un bajo rendimiento.	Impostorismo verdadero Impostorismo estratégico
Sakulku, 2011 (16)	Interferencia en el bienestar psicológico del individuo.	Ciclo del impostor Necesidad de ser el mejor Súper humano Miedo al fracaso Negación de la competencia Miedo al éxito Culpa al éxito
Hibberd, 2019 (18)	Tensión entre dos perspectivas: los estándares autoimpuestos contra la autoevaluación	Sentimiento de no merecer éxito Sentimiento de no ser suficiente Cursar etapa de transición

Para el presente trabajo, sólo nos enfocamos en la teoría desarrollada por Clance y sus dimensiones: falsedad interna, rechazo de éxito personal e impostorismo definido como el discurso interno de no ser inteligentes y de haber engañado a las personas que piensan lo contrario; siendo la teoría de la que se desarrolló el instrumento validado para evaluar el fenómeno del impostor: la **Escala de Clance para Fenómeno del Impostor** (*CIPS, por sus siglas en inglés*) hasta la fecha considerada como el mejor instrumento para propósitos clínicos y de investigación y que valida las dimensiones antes mencionadas (13)(20).

SÍNDROME DE BURNOUT (SB)

Desde la década de los setenta, se reconoció y se introdujo el término de *Burnout* al observar a un grupo de voluntarios trabajadores que después de un año de trabajar presentaban desmotivación de su trabajo, agotamiento progresivo y síntomas de ansiedad y depresión postulando que eran debidos a demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, volviendo a los trabajadores inoperantes, definiendo esta situación como síndrome de *Burnout* en la literatura médica. La teoría que sustenta el desarrollo de este síndrome se basa principalmente en los efectos fisiológicos, psicológicos y adaptativos del estrés laboral crónico (21), aunado a un proceso multicausal con factores de riesgo como componentes personales, familiares, emocionales, sociales, condiciones económicas y propios del ambiente laboral como sobrecarga, falta de estimulación, aislamiento, malas condiciones físicas del lugar de trabajo y falla en el trabajo en equipo (22).

En su libro "*A Burnt-Out Case*" el autor Graham Greene en 1961 reporto el primer caso de síndrome de desgaste profesional (SDP) o del quemado (SQ) (23). El Síndrome de Burnout se definió por primera vez en la esfera psicológica por Freudenberger en 1974, en su publicación "*Staff Burn-Out*" en la que describió el concepto en el contexto del área laboral en términos de signos físicos e indicadores de conducta. Es el agotamiento, sentirse "usado" o haber fallado después de haber cumplido excesivas demandas de energía, fuerza o recursos al punto de volver al trabajador inoperante. El autor teorizó que las personas con mayor riesgo son los trabajadores dedicados y comprometidos, con necesidad de dar y ser aceptado, que entregan sus talentos y habilidades durante largas jornadas y con baja compensación financiera. La presión adicional de los superiores y la "rutinización" del trabajo al punto del aburrimiento desencadena el cinismo aproximadamente al año de haber iniciado en dicho trabajo (24).

Basada en esta descripción, la Dra. Christina Maslach publicó en 1976 en la revista *Human Behavior* (25), el trabajo en el que narra la incapacidad de los trabajadores en atención a otras personas de afrontar el estrés emocional continuo y pérdida de empatía por las personas a las que prestan su servicio, incluso resultando en un trato deshumanizado, teorizando que esto se desarrolla como un mecanismo de defensa al estrés laboral, produciendo distanciamiento hacia las personas que se atiende en el trabajo para disminuirlo. Este síndrome lleva a un deterioro del bienestar físico, relacionado con el agotamiento producido por la atención a otras personas como trabajo y se vuelve inevitable

al aumentar la carga emocional al atender a un mayor número de personas (25). Para 1981, junto con Jackson, Maslach define las tres dimensiones del SB: desgaste emocional, despersonalización y disminución en el logro personal. El desgaste emocional se refiere a los sentimientos de estrés físico y psicológico que ocurre como resultado de las interacciones entre el trabajador y los usuarios de sus servicios, la despersonalización se manifiesta como actitudes negativas en relación con los usuarios con aumento de irritabilidad y pérdida de la motivación que no debe ser entendida como una falta de auto reconocimiento, y la disminución en el logro personal como pérdida de confianza en los logros personales y un auto concepto negativo como resultado de situaciones no satisfactorias. De lo anterior, los autores construyeron la primera versión del instrumento de evaluación para SB: el “*Maslach Burnout Inventory (MBI)*”, diseñado para medir las tres dimensiones teorizadas del SB, constaba de 47 ítems calificados de acuerdo con las dimensiones frecuencia e intensidad, se validó y evaluó la fiabilidad y concluyeron que se confirmaron las hipótesis y teoría de dimensiones del SB (26). Y del que también publicó el manual para aplicar y resolver el instrumento en 1986 (27).

En 2001, Maslach y colaboradores hacen un recuento de la evolución que ha tenido la definición, teorías y modelos a través de los años, de lo empírico a la evaluación. También se establece la liga secuencial desde el agotamiento al cinismo y una liga simultánea con la tercera dimensión más que secuencial. También reporta que los puntajes en el instrumento de evaluación son consistentes a través del tiempo, lo que apoya la noción de que el SB es una respuesta prolongada a los estresores crónicos laborales. Relacionan las características del trabajo, la organización, la profesión y del individuo como causas multifactoriales y describe por primera vez el modelo del contexto del individuo, que se enfoca en el grado de coincidencia de la persona con los seis dominios del ambiente laboral: Carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores; entre mayor la brecha, mayor la probabilidad de desarrollar SB (28)

En 2010, la Dra. Maslach fue entrevistada en el marco del XV Congreso Nacional de Salud en el Trabajo en Ixtapa, México y se le preguntó directamente si existe alguna teoría que respalde al fenómeno del SB a lo que respondió que el SB se desarrolló en un modelo de “raíces invertidas”, en el que se tiene problema y de ahí se derivan ideas “relacionadas con la forma en la que las personas enfrentan emociones fuertes y cómo funcionan cuando están dentro de un ambiente donde tienen que enfrentar eso” (29); y en 2016 ratifica la definición y teorización el SB en las tres dimensiones de desgaste emocional,

despersonalización y disminución en el logro personal (30). Partiendo de lo anterior, presentamos la siguiente tabla con la teoría de Maslach para explicar el SB y sus dimensiones:

Tabla 2. Teoría de SB y sus dimensiones

Autor	Concepto	Dimensiones
Maslach y colaboradores, 1981 – 2016	Incapacidad de los trabajadores en atención a otras personas de afrontar el estrés emocional continuo que lleva a un deterioro del bienestar físico, relacionado con el agotamiento producido por la atención a otras personas.	Agotamiento emocional: falta de energía y entusiasmo y sentimiento de escasez de recursos para afrontar el estrés.
		Despersonalización: Mecanismo de afrontamiento de endurecimiento afectivo y distanciamiento con las personas a las que se brinda el servicio.
		Disminución en el logro personal: Evaluación negativa hacia sí mismo y sentimiento de baja satisfacción hacia la atención realizada.

Como se ha descrito, con base en las tres dimensiones de esta teoría, se desarrolló el instrumento para evaluar el SB, el Inventario de *Burnout* de Maslach (*BMI por sus siglas en inglés*) que se encuentra validado para medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el SB (31). Con base en lo anterior, esta es la teoría y el instrumento que se utilizaron en el presente trabajo para SB.

A pesar de que el SB y FI se pueden relacionar con teorías de trastornos mentales, se han reconocido como diagnósticos por médicos y profesionales de salud mental; como factor de riesgo laboral y de aumento del riesgo de errores médicos, depresión y efectos adversos en la seguridad y grado de satisfacción del paciente, todavía no se encuentran incluidos en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (22) (32). Se ha reportado asociación entre síntomas clínicos del fenómeno del impostor y síntomas de *Burnout* (3)(4).

IX.MARCO CONCEPTUAL

VARIABLE DE INTERÉS

FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI). Experiencia psicológica de falsedad o fraudulencia intelectual y profesional (13).

SÍNDROME DE BURNOUT (SB). Síndrome psicológico que emerge como respuesta a la exposición prolongada a estresores laborales que se caracteriza por tres dimensiones descritas como cansancio emocional, despersonalización y disminución del desempeño personal (33).

EPIDEMIOLOGÍA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB)

El fenómeno del impostor se ha descrito en profesionales, se reporta una presentación de hasta 70% en algún punto de la carrera (34). Se considera un constructo psicológico relacionado a la actividad profesional, en particular con una proporción de 30% en profesionales del área de la salud. Se ha descrito en ambos sexos, con mayor prevalencia en mujeres, Vilchez-Cornejo y colaboradores reportaron una razón de prevalencia bruta de 1.14 en mujeres (IC 95% 1.01 – 1.29, $p = 0.045$) (35).

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral, por lo que depende de la actividad profesional para describir su epidemiología. La incidencia entre profesionales de la salud varía entre países, siendo su rango entre 25 a 75%, dependiendo del área de especialización y la unidad. Se ha reportado discrepancia en la presentación y frecuencia entre diferentes culturas, por lo que es importante conocer el panorama en condiciones específicas (36). En múltiples estudios, se ha concluido que los niveles de estrés que enfrentan los profesionales de la salud son lo suficientemente altos para desarrollar SB, incluso desde la etapa formativa. Se presenta con mayor severidad en mujeres con 2.33 puntos más en promedio en las escalas validadas (95% CI: 1.23-3.44, $p < 0.001$) y se reporta como factor protector el contar con apoyo familiar (95% CI: - 0.64 - -0.15, $p = 0.002$)

(37). Otros autores reportan que 1 de cada 2 estudiantes de Medicina presentan SB y de ellos un tercio presenta un grado moderado a severo (38). En Estados Unidos se ha reportado una prevalencia de SB de 55.9 % en estudiantes de Medicina, 60.3% en residentes y 51.4% en médicos (39), y otros autores han reportado una prevalencia de 10 a 76% en residentes (40). En un estudio realizado en el IMSS OOAD Aguascalientes, se reportó entre residentes de Anestesiología del segundo y tercer año una incidencia de Síndrome de Burnout de 64.3% (41).



X.JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD

El fenómeno del impostor es un **problema de salud mental** para los profesionales que se reporta hasta en 70% en algún punto de su carrera. La **frecuencia** en los profesionales de la salud es de 30%, siendo de 22 a 60% de fenómeno del impostor en estudiantes de Medicina y de 33 a 44% en residentes. Tiene mayor prevalencia en mujeres (37.8% vs 22%; $P < .001$) y una razón de prevalencia bruta de 1.14 en mujeres (IC 95% 1.01 – 1.29, $p = 0.045$) (34). Tiene **morbilidad** al demostrarse correlación con baja autoestima ($r = 0.56$), y enfermedades mentales como depresión ($r = 0.42$) y ansiedad ($r = 0.41$). Se reportó mayor vulnerabilidad (61 vs 51; $P = .017$) en las etapas de formación para presentar síndrome del impostor que, en los médicos en práctica, lo que los puede llevar **con el paso del tiempo** a incapacidades temporales o renunciar a la especialidad médica que se encuentran cursando, uso de drogas y suicidio (14). Entre las **características de las personas afectadas** está el reto a la identidad de formación profesional comparado con los hombres y los estereotipos femeninos en los sistemas de salud. Se refuerzan los síntomas de agotamiento emocional, pérdida de motivación intrínseca, culpa y vergüenza hacia el éxito. El fenómeno del impostor se relaciona con afecto psicológico negativo, con pobre salud mental y distrés psicológico (42) **No se ha reportado su variación en regiones geográficas**, sino con respecto a la actividad profesional en grupos cuya actividad está relacionada con el servicio y alto nivel de exigencia (10).

TRASCENDENCIA

El **impacto** del fenómeno del impostor a **nivel individual** es la disminución de la eficacia, resultando en menor responsabilidad hacia las organizaciones y menor compromiso, que puede afectar tanto en la etapa formativa como en la vida profesional de quienes lo padecen. Puede limitar a un profesional competente por la incapacidad de reconocer sus competencias y de gestionar los recursos en el proceso de desarrollo de carrera y el logro de objetivos y metas. Se necesita mayor investigación para entender cómo se afecta el desarrollo del profesional pues se ha hipotetizado que los “impostores” dañan su propia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

carrera permitiendo que la ansiedad desencadene conductas autodestructivas que impiden planear una carrera, tomar decisiones relevantes para la carrera y falta de autoconfianza como indicadores de adaptabilidad a la carrera, renuencia de los estudiantes y residentes a tomar oportunidades de desarrollo que los pudieran poner en riesgo de ser expuestos como “fraude” incluso si son competentes y cumplen los criterios para dicha oportunidad, lo que a largo plazo tiene **impacto en la población** en la que se desarrollan y en la opinión pública de su gremio y los usuarios de sus servicios. El desarrollo del síndrome del impostor en etapas de estudiante de medicina o residente tienen efectos a largo plazo por su asociación con síntomas de ansiedad, depresión, desgaste emocional, despersonalización, baja satisfacción laboral y Síndrome de *Burnout*, demostrando las consecuencias económicas en el **campo del área de la salud** (12). El no reconocer y evaluar el fenómeno del impostor puede resultar en consecuencias irreversibles en el área profesional de quien lo padece (43). En el Instituto Mexicano del Seguro Social OADD Aguascalientes en marzo de 2023 se recibieron 156 residentes de primer año de todas las especialidades ofertadas en la promoción actual, al mismo tiempo egresaron 68 especialistas, lo que representa un fenómeno de deserción que no ha sido estudiado; estas cifras coinciden con otros estudios en los que han reportado deserción de hasta el 30% en los primeros 4 meses (44). Esto indica que existen causas inherentes que no han sido reconocidas y que, si se llegan a determinar, pueden ser tratadas para lograr un mejor porcentaje de éxito en el egreso de especialistas médicos. Al ser identificada su frecuencia, se pueden buscar causas para formular estrategias para su tratamiento y acciones para diseñar nuevas líneas de investigación con el fin mejorar la calidad de vida de los residentes, de manera que disminuya el síndrome de *Burnout* y fenómeno del impostor, y no tenga efecto directo en la percepción en la propia eficacia y la capacidad de éxito, dado que se ha demostrado que una baja percepción de la propia eficacia tiene influencia en el éxito académico, bienestar psicológico y deserción en los programas académicos de especialidades médicas, buscando el beneficio de los residentes, la población y limitando las consecuencias económicas y laborales que conlleva la fuga de talento por esta razón.

FACTIBILIDAD

Este estudio fue factible porque en el Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes, se tienen residentes en formación de todos los grados para las especialidades médicas Anestesiología y Urgencias Médico Quirúrgicas. Aunque se desarrolló como un estudio de bajo costo, se pudo conocer la situación actual de los médicos en formación y tiene **impacto sobre factores de riesgo** ya reportados para FI que son inherentes al individuo (10) y SB que son relacionados con el ambiente laboral en donde se desarrolla el individuo (45), puesto que la operacionalización de los resultados brinda herramientas para implementar estrategias para realizar **cambios en el proceso de salud - enfermedad** para los constructos psicológicos de FI y SB en el grupo de población residentes de especialidades médicas, considerando que se pueden realizar intervenciones que no conlleven costos extra para las instituciones, es posible utilizar la **infraestructura** de espacios y personal de salud ya disponible para los residentes de especialidades médicas de manera sistematizada y enfocada a reducir los factores de riesgo para FI y SB en los **tres niveles de atención**.

VIABILIDAD

Este estudio se realizó de acuerdo con las **políticas y objetivos** del IMSS, fue viable por contar con programas de especialidades médicas en todos los grados. La revisión sistemática sobre el tema nos permitió identificar que existen estudios previos sobre el síndrome de Burnout y fenómeno del impostor pero de manera independiente, lo que nos permitió tener antecedentes científicos para comparar nuestros resultados, identificar el panorama particular con respecto a estos trastornos de salud mental de este hospital, y que la información pueda ser utilizada para continuar con líneas de investigación y desarrollo de estrategias para superarlos, que puedan ser usadas en este y otros centros para favorecer la generación de conocimiento utilizando la **infraestructura** con la que ya se cuenta en los centros de todos los niveles de atención. Además, se incluye dentro de la **política de temas prioritarios**, siendo el número 8, desórdenes mentales y del comportamiento.

DIFUSIÓN

Este estudio puede sentar las bases para comprender el panorama con respecto a estos trastornos y realizar intervenciones que reduzcan las consecuencias sobre los médicos en formación de manera directa y sobre los derechohabientes y población de manera indirecta y pueda ser diseminada mediante este documento de tesis como parte del repositorio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y como propuesta para publicación de artículo en una revista científica del campo y alcance pertinente.



XI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El FI presenta una **magnitud** de entre 43.7%(46) y 62.7%, y el SB de 23.3% en médicos residentes según Liu y colaboradores (3), con una **frecuencia** de 70% de FI en los profesionistas en al menos un episodio durante su vida (34) y de 77.8% para SB (36). La **distribución** para FI depende del país que publique el estudio, por definición siempre está relacionado con la actividad profesional y se reporta de 9% a 82% por la heterogeneidad de diseños metodológicos y puntos de corte, y se distribuye entre estudiantes, empleados y supervisores (47). Para SB en la **distribución** los criterios reportados son heterogéneos, puesto que hay estudios que lo reportan en cada una de sus tres dimensiones por separado y juntas. Se ha reportado que no se ha investigado en Aguascalientes (31). **No existen áreas geográficas afectadas en específico**, pero sí un grupo de **población afectado por el problema** que es el de los profesionales de la salud en el que se reporta prevalencia de FI de 76% (34) y de SB de 77.8% (36). Dentro de las especialidades médicas, las especialidades de Anestesiología y Urgencias Médico Quirúrgicas se exponen a un ambiente laboral de alto riesgo para desarrollar síndrome de agotamiento profesional (Burnout) por estar inmersos en el área del cuidado intensivo y de urgencia, manejo de dolor agudo y dolor crónico, enseñanza e investigación y responsabilidades administrativas (48). **No hay consideraciones étnicas, pero sí de género** reportando mayor prevalencia de FI en mujeres que en hombres (37.8% vs 22%; $P < .001$)(34).

Se conoce que la **causa probable** del problema es la exposición al ambiente laboral desfavorable de manera crónica y los **factores predisponentes** son el género femenino, baja autoestima ($r = 0.56$), depresión ($r = 0.42$) y ansiedad ($r = 0.41$). Se reporta mayor vulnerabilidad (61 vs 51; $P = .017$) en las etapas de formación para presentar síndrome del impostor que en los médicos en práctica. En cuanto a los **factores protectores** se mencionan la importancia de la **identificación de las relaciones con otros factores** y de las estrategias de afrontamiento y superación de los impostores y que la mediación que se produce con estas relaciones es parcial sin existir **consenso** (34).

Las formas de resolver el problema por parte de la literatura internacional son que se requiere de investigaciones a nivel descriptivo para tener evidencia de la frecuencia de FI y SB, Legassie y colaboradores **proponen** mejorar el diseño metodológico y estudiar de

manera formal el estrés, SB, FI y bienestar de los residentes de especialidades médicas (46).

De la revisión bibliográfica, sólo se arrojaron 3 artículos pertinentes, de los cuales ninguno es una fuente nacional presentando un área de oportunidad para investigación al seguir siendo **una interrogante y no se ha logrado conocer** la frecuencia de FI en residentes en nuestra población. En IMSS OOAD Aguascalientes, se reportó una incidencia de Síndrome de Burnout de 64.3% en residentes de Anestesiología del segundo y tercer año (41). De acuerdo con los estudios reportados, existe relación entre el FI y SB siendo pertinente conocer la frecuencia de FI y SB (36). Surgiendo la siguiente pregunta de investigación.

XII.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes?

XIII.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Medir la frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Describir las características demográficas de los residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.
2. Medir la frecuencia de fenómeno del impostor (FI) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes medida por la escala de Clance para fenómeno del impostor (FI).
3. Medir la frecuencia de síndrome de Burnout en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes medida por el cuestionario de Maslach para síndrome de Burnout (SB).

XIV.HIPÓTESIS

Al tratarse de un estudio descriptivo, con el objetivo de obtener información sobre la frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes, se realizó por medio de observación y recopilación de datos sin formulación de hipótesis previa.



XV.METODOLOGÍA

DISEÑO

Previa autorización de este estudio por el Comité Local de Ética e Investigación, asignación de folio en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS), y contando con carta de consentimiento informado debidamente firmado por cada participante, se desarrolló en el Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico.

LUGAR

El estudio se desarrolló en el Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes ubicado en Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, CP 20270. Aguascalientes, Aguascalientes.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio lo conformaron todos los residentes de segundo grado en adelante, de todas los programas académicos de especialidades del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICIÓN DE VARIABLE
Fenómeno del Impostor (FI)	Experiencia psicológica de falsedad o fraudulencia intelectual y profesional (6)	<p>Puntaje obtenido en la "Clance IP Scale" validada al idioma español:</p> <p><40: pocas características de FI</p> <p>41-60: moderadas experiencias de FI</p> <p>61-80: sentimientos frecuentes de FI</p> <p>>80: intenso grado de experiencias de FI</p>	Cuantitativa	Discreta	<p>Puntaje</p> <p><40</p> <p>41-60</p> <p>61-80</p> <p>>80</p>
Síndrome de Burnout (SB)	Síndrome psicológico que emerge como respuesta a la exposición prolongada a estresores laborales que se caracteriza por tres dimensiones descritas como cansancio emocional, despersonalización	<p>Puntaje obtenido en el cuestionario <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> validado al idioma español:</p> <p><u>Cansancio emocional</u></p> <p>Bajo ≤ 18</p> <p>Medio 19-26</p> <p>Alto ≥ 27</p> <p><u>Despersonalización</u></p>	Cuantitativa	Discreta	<p>Puntaje</p> <p>A mayor puntaje mayor desgaste:</p> <p><u>Cansancio emocional</u></p> <p>≤ 18</p> <p>19-26</p> <p>≥ 27</p>

	ón y disminución del desempeño personal (33)	<p>Baja ≤ 5</p> <p>Media 6-9</p> <p>Alta ≥ 10</p> <p><u>Realización personal</u></p> <p>Baja ≤ 33</p> <p>Media 34-39</p> <p>Alta ≥ 40</p>			<p><u>Despersonalización</u></p> <p>≤ 5</p> <p>6-9</p> <p>10</p> <p>A menor puntaje, mayor desgaste:</p> <p><u>Realización personal</u></p> <p>≤ 33</p> <p>34-39</p> <p>≥ 40</p>
Edad	Número de años que una persona ha vivido desde su nacimiento	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cuantitativa	Discreta	Años
Género	Categoría biológica del individuo basado en características orgánicas congénitas	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cualitativa	Dicotómica	<p>1. Femenino</p> <p>2. Masculino</p>
Especialidad	Programa académico al que está inscrito el participante al momento de	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	<p>1. Anestesiología</p> <p>2. Urgencias Médico Quirúrgicas</p>

	participar en el estudio				
Grado	Grado académico al que se encuentra inscrito el participante al momento de participar en el estudio	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cualitativa	Ordinal	Segundo Tercero
Horas en el hospital a la semana	Tiempo transcurrido desde que ingresa a la unidad hospitalaria a funciones propias de su formación en el programa académico de residencia médica hasta el egreso de su turno al terminar la última actividad relacionada con dichas funciones durante una semana	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cuantitativa	Continua	Número de horas en intervalos de 48 horas cada uno (hasta 48 horas, 49 a 96 horas y más de 96 horas) de una jornada laboral en México de acuerdo con el artículo 58 de la Ley Federal del Trabajo (LFT)(49).
Horas de tiempo libre a la semana	Tiempo transcurrido fuera de la unidad hospitalaria en que no se	Se obtuvo de la cédula de recolección de datos	Cuantitativa	Continua	Número de horas divididas en intervalos de 10 en 10 hasta un

	realiza ninguna actividad relacionada con el programa académico de residencia médica, ni de autocuidado durante una semana				máximo de 60 horas por semana.
--	--	--	--	--	--------------------------------

MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

De un universo de 59 residentes inscritos del segundo año en adelante de todos los programas de especialidades médicas, en el ciclo escolar 2024 – 2025 del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes, para el desarrollo de este estudio, se consideraron a todos residentes de segundo año en adelante.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia, la totalidad de los residentes de segundo grado en adelante, de todas los programas académicos de especialidades médicas inscritos en el ciclo escolar 2024 – 2025 del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes, debido al número limitado de posibles participantes: 31 en segundo grado (21 en Anestesiología y 10 en Urgencias Médico Quirúrgicas) y 28 en tercer grado (19 en Anestesiología y 9 en Urgencias Médico Quirúrgicas) determinado por la información proporcionada por la Coordinación de Educación en Salud del HGZ 1 IMSS OOAD Aguascalientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes inscritos del segundo año en adelante en cualquier programa académico de especialidades médicas al ciclo escolar 2024 – 2025 del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.
- Médicos residentes de cualquier edad.
- Médicos residentes de cualquier género.
- Médicos residentes que se encontraban en el día inmediato anterior a una guardia complementaria.
- Médicos residentes laborando en el hospital sede Hospital General de Zona 1 IMSS OOAD Aguascalientes en el periodo de aplicación de instrumentos para el estudio.
- Médicos residentes que aceptaron participar en el estudio por medio de firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos residentes que decidieron no proporcionar su consentimiento para participar en el estudio.
- Médicos residentes que estuvieron en periodo vacacional durante el periodo de aplicación de instrumentos para el estudio.
- Médicos residentes que estuvieron en rotación clínica en otro hospital durante el periodo de aplicación de instrumentos para el estudio.
- Médicos residentes que estuvieron en rotación de campo (Servicio Social) durante el periodo de aplicación de instrumentos para el estudio.
- Médicos residentes en el día inmediato posterior a una guardia complementaria.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos residentes de especialidades médicas que decidieron abandonar el estudio.
- Médicos residentes de especialidades médicas que no respondieron de forma total la escala de Clance para fenómeno del impostor (FI) y el cuestionario de Maslach para síndrome de Burnout (SB).

INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes para la realización de este estudio:

Cédula de recolección de datos demográficos de la población de residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes que se incluye en el **Anexo B**, la escala de Clance para Fenómeno del Impostor en el **Anexo C** y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validada al español para SB incluido en el **Anexo D**.

ESCALA VALIDADA PARA FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI)

El instrumento utilizado para la identificación del FI es la escala desarrollada por Pauline Rose Clance y Suzanne Imes en 1978 fue llamado **Clance IP Scale** (Escala de Clance para Fenómeno del Impostor). Su versión original cuenta con 20 ítems compuestos por escala Likert con 5 elecciones de frecuencia: No es cierto con valor de 1. Rara vez con valor numérico de 2. A veces con valor numérico de 3. A menudo con valor numérico de 4. Muy cierto con valor numérico de 5. Al terminar de contestar, se suman todos los reactivos y si el puntaje es de 40 o menos, se considera al respondiente con pocas características de FI; si se obtienen de 41 a 60 puntos, se considera con moderadas experiencias de FI; si se obtienen de 61 a 80 puntos, se considera que el respondiente tiene sentimientos frecuentes de FI; y finalmente, un puntaje mayor a 80 se considera como intenso el grado de experiencias de FI. En esta escala, a mayor puntaje, se considera que el FI interfiere de forma más frecuente y más intensa con la vida del respondiente (Figura 1) (13).

Este instrumento, que evalúa las dimensiones de falsedad interna en sus reactivos 7, 8, 12, 14, 16, 17, 18 y 19; rechazo de éxito personal en los ítems 1, 5, 9, 10, 11 y 15; e impostorismo en las preguntas 2, 3, 4, 6, 13 y 20, fue validado al español aplicando los procesos de traducción de reactivos, planificación para su aplicación, monitoreo y análisis

estadístico de confiabilidad en el estudio publicado por Livisi-Ccuno y Ricaldi-Huaman en 2019 cuyo objetivo para evaluar la precisión diagnóstica del instrumento en su traducción al español, fue hallar su confiabilidad y validez. Los autores reportaron una validez total de Aiken de 0.985, y de las dimensiones los valores oscilaron entre .981 y .99; Kayser Meyer Olkin (KMO) de 0.840 con un nivel de significancia óptimo dentro del análisis factorial exploratorio de la validez de contenido y pruebas de esfericidad de Bartlett con significancia <0.05 , dando evidencia de la validez de constructo e indicando que se puede continuar con la evaluación de la confiabilidad de la escala, misma que completaron obteniendo en la propiedad psicométrica de confiabilidad un alfa de Cronbach de 0.835, lo cual indica que el instrumento en cuestión es confiable, así mismo los análisis totales por ítem refieren que no debería eliminarse ningún ítem, siendo los valores de extracción de los ítems menores a los del alfa de Cronbach total (20). Además, en el estudio publicado por Sandoval-Lentisco y colaboradores en 2024, validaron el instrumento al idioma español, reportando validez de contenido en el instrumento con una omega total de 0.902 (CI [95%] = .885;.919) y alfa de Cronbach $\alpha = 0.897$ (CI [95%] = .878;.913) con lo que se confirma la capacidad diagnóstica para FI de la Escala de Clance en su versión en español es comparable a la de la versión original (50).

Ante cada afirmación, asigne a un valor de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 No es cierto
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Muy cierto

		7	Tengo tendencia a recordar los momentos en los que no he hecho mi mejor esfuerzo más que los momentos en los que he dado lo mejor de mí.	15	Cuando todo me va bien y recibo reconocimiento por mis logros, tengo dudas de que continúe logrando el mismo éxito.
1	A menudo he tenido éxito en una prueba o tarea, aunque antes de asumir la responsabilidad tenía temor de no poder hacerlo bien.	8	Rara vez hago un proyecto o tarea tan bien como me gustaría hacerlo.	16	Si recibo muchos elogios y reconocimiento por algo que he logrado, tiendo a restarle importancia a lo que he hecho
2	Puedo dar la impresión de que soy más competente de lo que realmente soy.	9	A veces siento o creo que el éxito en mi vida o en mi trabajo ha sido el resultado de algún tipo de error.	17	A menudo comparo mis capacidades con las de los que me rodean y creo que otros podrían ser más hábiles que yo.
3	Si es posible evito las evaluaciones porque tengo miedo de que otros me evalúen.	10	Es difícil para mí aceptar cumplidos o elogios por mi inteligencia o mis logros.	18	Con frecuencia me preocupo por la posibilidad de no tener éxito en un proyecto o un examen, aunque los demás a mi alrededor tienen una gran confianza en que lo haré bien.
4	Cuando la gente me elogia por algo que he logrado, tengo temor de no poder estar a la altura de sus expectativas respecto a mí en el futuro.	11	A veces, siento que mi éxito se debe a algún tipo de suerte.	19	Si sé que voy a recibir un ascenso u obtener algún tipo de reconocimiento, dudo en decirles a otros hasta que se haya concretado.
5	A veces pienso que gané mi posición o mi éxito actual porque estuve en el lugar correcto, en el momento oportuno o porque conocía a las personas adecuadas.	12	A veces me decepcionan mis logros actuales y creo que debería haber logrado mucho más.	20	Me siento mal y estoy desanimado si no soy "el mejor" o al menos "muy especial" en situaciones que involucran logros.
6	Tengo temor de que las personas importantes para mí descubran que no soy tan capaz como ellos piensan.	13	A veces tengo temor de que otros descubran cuánto conocimiento o habilidad realmente me falta.		
		14	Aunque generalmente soy bueno en lo que hago, con frecuencia tengo el temor de fallar en una nueva tarea o responsabilidad.		

Figura 1. Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español.

ESCALA VALIDADA PARA SÍNDROME DE BURNOUT (SB)

El cuestionario **Maslach Burnout Inventory (MBI)** está constituido por 22 ítems que interrogan sobre los sentimientos y actitudes del profesional y su función es medir el desgaste profesional. Esta prueba pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Considera las tres dimensiones que lo caracterizan: Cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP). El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte: CE bajo ≤ 18, CE medio de 19-26 y CE alto ≥ 27; DP baja ≤ 5, DP media de 6-9 y DP alta ≥ 10; y RP baja ≤ 33, RP media de 34-39 y RP alta ≥ 40. Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar

quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, **puntuaciones altas en CE y DP y baja en RP definen el síndrome**. Los reactivos para CE corresponden a los numerales 1 que representa agotamiento, el 2 vacío, el 3 fatiga, el 6 cansancio, el 8 desgaste, el 13 frustración, el 14 tiempo invertido, el 16 contacto y el 20 límite; los correspondientes a DP son el número 5 que representa trato, el 10 dureza con la gente, el 11 endurecimiento emocional, el 15 desinterés y el 22 culpa; y finalmente, los que miden RP son el 4 para representar entendimiento, el 7 eficacia, el 9 influencia positiva, el 12 energía, el 17 atmósfera agradable, el 18 ánimo, el 19 sentido de logro y el 21 calma (**Figura 2**) (51).

El *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, fue validado al español en el estudio de Díaz y colaboradores en México por medio de un enfoque cuantitativo, diseño transversal y probabilístico para evaluar la precisión diagnóstica de la herramienta. Previa autorización por la organización que publica los instrumentos de evaluación *Mind Garden Inc.*, y previo análisis de Rasch para unidimensionalidad de cada subescala con varianza mayor o igual a 40% como prerequisite para realizar el análisis factorial para la validez de contenido, los autores corrieron un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para validez factorial, obteniendo para la prueba de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0.91 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 952.7174$, $p < .01$). Se formuló un modelo alternativo que arrojara una mejor bondad de ajuste de tres factores, reportando un ajuste alineado a los estándares reportados en la literatura. La validez estructural tiene nivel significativo de 0.733 alfa de Cronbach a escala completa. El coeficiente de consistencia interna resultó satisfactorio, con alfa de Cronbach de 0.91, 0.78, y 0.81 con lo que se cumplió el objetivo de dar evidencia de validez de constructo y consistencia interna del *MBI-ES*, *Maslach Burnout Inventory* en su versión en español (51) con lo que se ha confirmado que la capacidad diagnóstica para SB de la versión en español del *Maslach Burnout Inventory (MBI)* es comparable a la de la versión original.

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= nunca
- 1= pocas veces al año o menos.
- 2= una vez al mes o menos.
- 3= unas pocas veces al mes.
- 4= una vez a la semana.
- 5= pocas veces a la semana.
- 6= todos los días.

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

Figura 2. Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) validado al español

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación, se solicitó a la Dirección de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes el censo de residentes de especialidades médicas de segundo año en adelante inscritos al ciclo escolar 2024 – 2025 y su correo electrónico.
2. Se envió vía correo electrónico el formato de consentimiento informado en *Google Forms* a todos los residentes de especialidades médicas de segundo año en adelante inscritos en el ciclo escolar 2024 – 2025 para participar en el estudio.
3. En caso de proporcionar el consentimiento, se envió al correo electrónico de cada uno de los participantes un vínculo para llenar la Cédula de Recolección de Datos (**Anexo B**) en *Google Forms*.
3. Al contar con los participantes que proporcionaron su consentimiento y llenaron la cédula de recolección de datos, se elaboró un oficio dirigido al profesor titular del programa de especialidad médica y jefe de servicio al que pertenece el participante en el que se le citó dentro de un horario que no interfiriera con ninguna de sus actividades, en el espacio físico de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona 1 OOAD Aguascalientes.
4. Se reiteró que el participante cumplía con los criterios de inclusión y no presentara criterios de exclusión.
5. El investigador principal y asociado otorgaron el consentimiento informado impreso para que los participantes lo firmaran de manera autógrafa como confirmación de su consentimiento y leyeron las instrucciones de los instrumentos Escala de *Clance* para Fenómeno del Impostor validada al español y el Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) validado al español a los participantes y respondieron las dudas sobre su aplicación.
6. Se entregaron al participante los instrumentos Escala de *Clance* para Fenómeno del Impostor validada al español (**Anexo C**) y el Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) validado al español (**Anexo D**) y la para que fueran contestados.

7. El investigador principal y asociado estuvieron involucrados durante todo el proceso de recolección de información con el fin de resolver dudas durante la aplicación de los instrumentos.

8. Al terminar de contestar los instrumentos, finalizó la participación en el estudio.

9. Se eliminaron los instrumentos que no fueron respondidos en su totalidad. Cuando se confirmó la aplicación de los instrumentos a la totalidad de la población, se recopiló la información en una base de datos donde se mantuvo el anonimato de los participantes, se asignó un número de folio para efectos de tratamiento de los datos y así se conservó la confidencialidad de los participantes.

11. Al contar con la base de datos, se aplicó el análisis estadístico para reportar los resultados obtenidos.

MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

Con la finalidad de garantizar la calidad de los resultados obtenidos en este estudio, se realizaron estrategias de control de calidad aplicadas durante todo el proceso de investigación con el análisis estadístico de los datos para la obtención, interpretación y validación de los resultados y control de sesgos.

SESGO DE INFORMACIÓN

La estrategia para reducción de sesgo de información fue el uso de fuentes oficiales de información acerca de los participantes a través de la Dirección de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes, así como el uso de instrumentos de evaluación que ya fueron validados en español. También se utilizaron herramientas tecnológicas que limitaron el error en la captura de información y se realizó el cotejo de la información una vez capturada.

SESGO DE SELECCIÓN

Se tuvo una mínima posibilidad de sesgo de selección porque se establecieron con claridad los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación para el estudio.

SESGO DE INTERÉS

Para disminuir el sesgo de interés por ser instrumentos de auto aplicación, se usaron instrumentos validados que limitan los ajustes que los participantes hacen en sus respuestas para enfatizar las características deseables y desenfocar las características no deseables (52).

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Se realizó el cálculo de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, se determinó su distribución con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, de ser distribución normal, se calculó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. En caso de no tener distribución normal, se calculó la mediana y el rango intercuartílico respectivamente. Para los cálculos se utilizó el software Microsoft Excel ® y GNU Operating System PSPP ® versión 2.0.1 para Windows®.

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN PARA EL RESULTADO DE LOS INSTRUMENTOS

Para determinar la asociación, se realizaron gráficas de dispersión de los resultados del instrumento Escala del FI de *Clance* con el resultado de las tres dimensiones del instrumento Inventario de SB de *Maslach* y se aplicó prueba de Pearson. Se realizó un modelo matemático de regresión lineal entre variables continuas y de regresión logística entre variables continuas y categóricas. Para los cálculos se utilizó el software Microsoft Excel ® y GNU Operating System PSPP ® versión 2.0.1 para Windows®.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio respetó las Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos y contiene los elementos de un protocolo para las investigaciones relacionadas con la salud con seres humanos de acuerdo con estas pautas (53).

Se realizó en concordancia con la Ley General de Salud en su artículo 3 ya que contribuyó al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, prevención y control de

problemas de salud y conocimiento de efectos nocivos del ambiente de salud que en este caso se presentó como ambiente laboral. Está fundamentada en hechos científicos, prevalecieron los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, se solicitó el consentimiento informado del participante y se condujo bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social como institución de atención a la salud y autoridad sanitaria competente, de quien se solicitó la aprobación del comité de investigación antes de iniciado el estudio, que se consideró de riesgo mínimo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo II. Lo anterior secundario a que se obtuvo la información por medio de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del sujeto y que empleó el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnóstico (54).

Se entregó a los participantes el manual operativo con las instrucciones precisas por escrito sobre su participación en el estudio, con el propósito de que decidieran si daban su consentimiento para continuar con el estudio.

Se conservó la confidencialidad de la información de los participantes utilizando el registro de la información bajo un número de folio sólo para fines de tratamiento estadístico de la información y en concordancia con la Ley Federal de Protección de Datos Personales (55) y a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico apartados 5.4, 5.5 y 5.7 (56).

XVI.RESULTADOS

De la totalidad de la muestra, se obtuvo una participación de 56 residentes; los participantes que se excluyeron del presente estudio en total fueron 3: 2 participantes no otorgaron su consentimiento y 1 participante se encontraba de incapacidad médica.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

EDAD

Se encontró que la media para la edad de los participantes es de 30.2 años, con una desviación estándar de 2.86 y moda de 28 años. La frecuencia y porcentajes se expresa en el siguiente gráfico, donde se reporta que el 48% de los participantes tiene entre 30 y 34 años, el 47% de 25 a 29 años y 5% de 35 a 40 años (Figura 3).



Figura 3. Gráfico de porcentaje de los participantes por grupo de edad en años

GÉNERO

Se obtuvo un total de 38 mujeres y 18 hombres en cuanto al género reportado por los participantes, que significan un 68% de género femenino y 32% de género masculino (Figura 4).

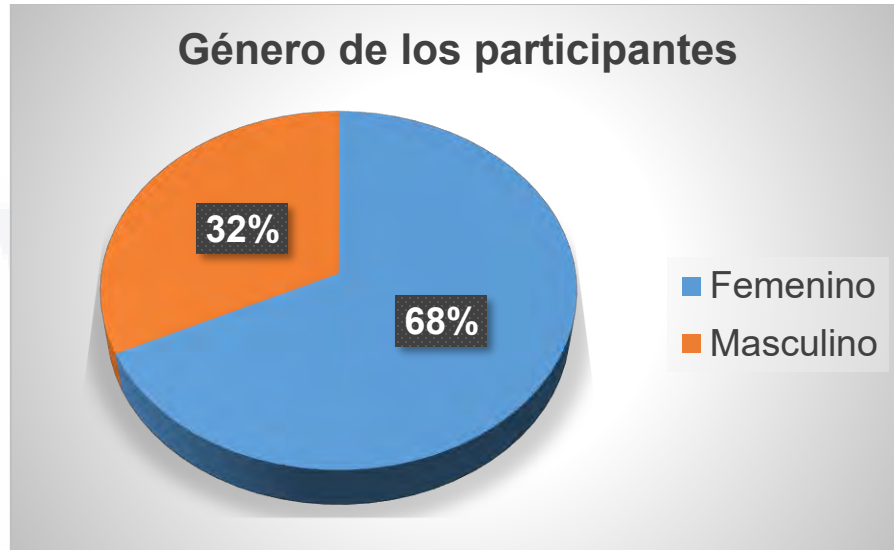


Figura 4. Gráfico de porcentaje de los participantes por género

GRADO QUE CURSA

Se obtuvieron 29 participantes cursando el segundo año y 27 participantes cursando el tercer año, que representan el 52% y 48% respectivamente como se muestra en la Figura 5.

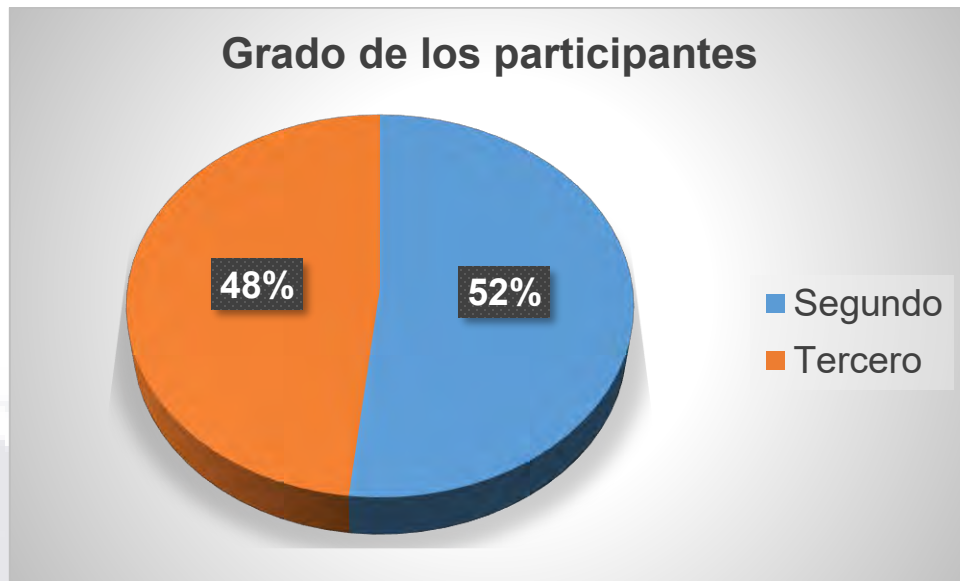


Figura 5. Gráfico de porcentaje de los participantes por grado que cursan

ESPECIALIDAD QUE CURSA

Se obtuvieron 39 participantes cursando la especialidad de Anestesiología y 17 participantes cursando Urgencias Médico Quirúrgicas, que representan el 70% para la primera y 30% para la segunda (Figura 6).

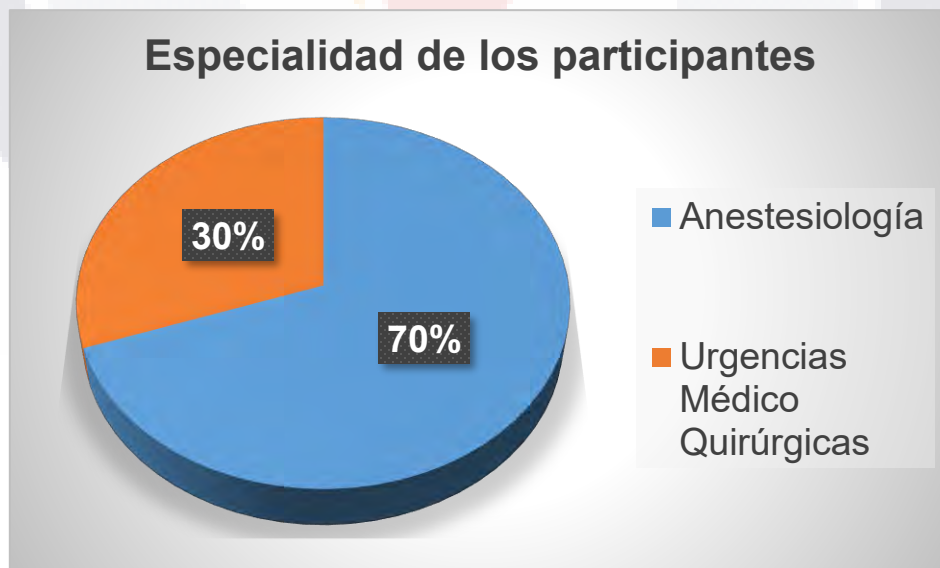


Figura 6. Gráfico de porcentaje de los participantes por especialidad que cursan

HORAS QUE PASAN EN EL HOSPITAL A LA SEMANA

La media que se obtuvo de tiempo transcurrido desde que el participante ingresa a la unidad hospitalaria a funciones propias de su formación en el programa académico de residencia médica hasta el egreso de su turno al terminar la última actividad relacionada con dichas funciones durante una semana en horas por semana fue de 75.79 horas, con una moda de 80 horas y desviación estándar de 23.78; en cuanto al porcentaje se dividió en intervalos de 48 horas que representan la jornada laboral semanal estipulada en la LFT (49), de lo que se reportó que un 8% pasa menos de 48 horas a la semana, 82% pasa más de una jornada laboral a la semana (de 48 a 96 horas por semana) y 10% de los participantes pasa más de 2 jornadas laborales a la semana (más de 96 horas por semana) (Figura 7).



Figura 7. Gráfico de número de horas que pasan los participantes en el hospital por semana

HORAS LIBRES A LA SEMANA

En cuanto al tiempo transcurrido fuera de la unidad hospitalaria en la que los participantes no realizan ninguna actividad relacionada con el programa académico de residencia médica, ni de autocuidado en horas por semana, obtuvimos una media de 26.8 horas por semana, desviación estándar de 18.91 y moda de 5. Para determinar el porcentaje, dividimos las horas en intervalos de 10 en 10, de lo que obtuvimos que un 25% tiene menos de 10 horas libres a la semana, 18% de 11 a 20 horas, 30% de 21 a 30 horas, 11% de 31 a 40, 5% de 41 a 50 y 11% de 51 a 60 horas por semana (Figura 8).

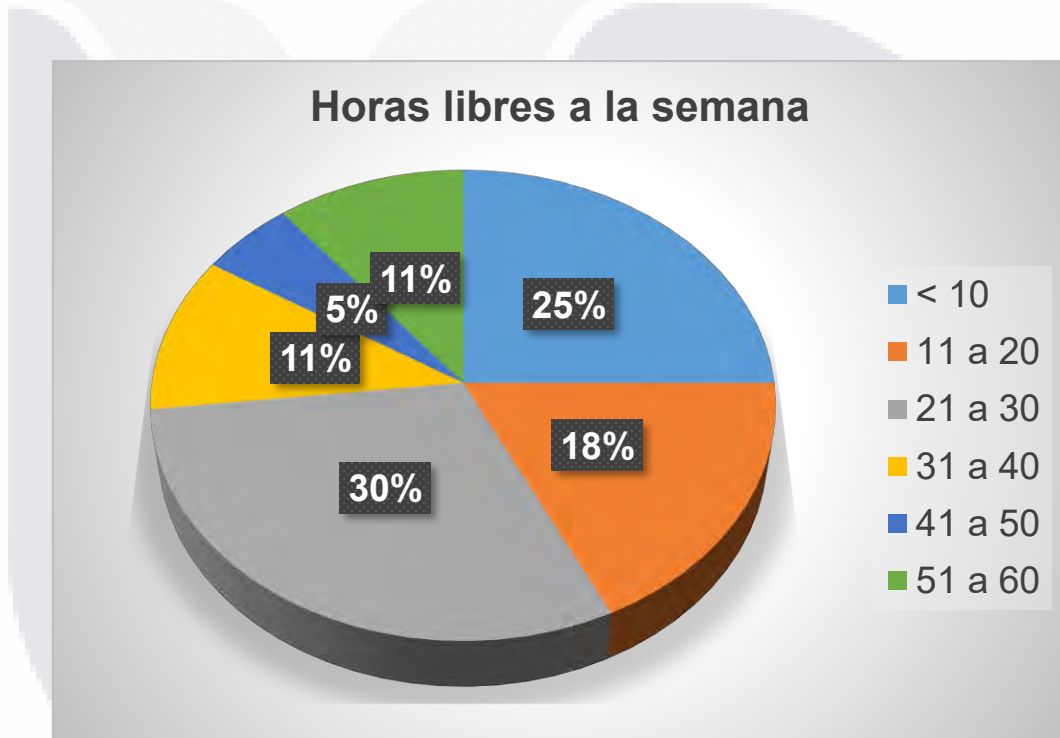


Figura 8. Gráfico de número de horas libres que tienen los participantes por semana

FRECUENCIA DE FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI)

Para frecuencia de FI en los participantes, se calificó el instrumento de Clance de acuerdo con las instrucciones para su validación al idioma español (50), sumando todos los reactivos y clasificando el puntaje de 40 o menos como poco FI; moderado FI de 41 a 60 puntos; frecuente FI de 61 a 80 puntos; e intenso FI mayor a 80 puntos. En este estudio obtuvimos poco FI en el 16% de los participantes; moderado en el 39%; frecuente en el 32%; e intenso en el 13% de los participantes (Figura 9). Cabe mencionar que, a pesar de que en el instrumento los reactivos pueden dividirse en tres dimensiones: falsedad interna, rechazo

del éxito personal e impostorismo, la calificación es la suma del puntaje obtenido del global de los reactivos y no separada por dimensiones (50).

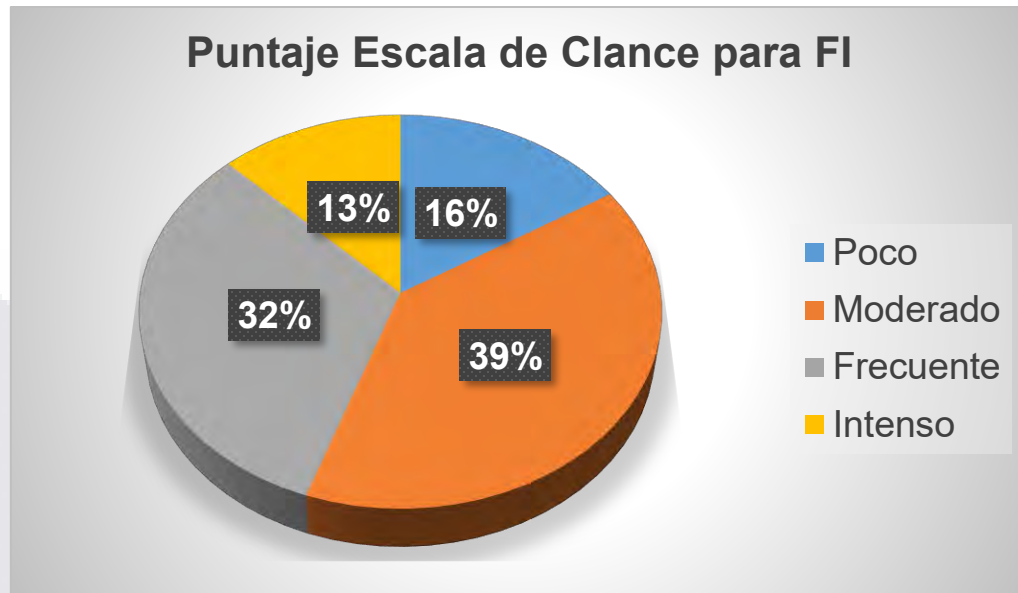


Figura 9. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la Escala de Clance para FI.

A partir de los puntajes obtenidos, se consideró que los participantes que presentaron el puntaje de frecuente o intenso cuentan con FI, por lo que la distribución global de fenómeno del impostor en participantes fue de 25, que representa el 45% (Figura 10). Al ser dividido por género reportado, se encontró en 47% de las mujeres (n= 18) y el 39% de los hombres (n= 7) (Figura 11). Al discriminar por especialidad obtuvimos el porcentaje de FI en Anestesiología de 41% de los respondientes (n= 16) y en UMQ 53% (n= 9) (Figura 12). Finalmente, al separar por grado cursado, los participantes de segundo grado obtuvieron un porcentaje de 45% de FI (n= 13) y de tercer grado porcentaje de 44% (n= 12) Figura 13).



Figura 10. Porcentaje de FI en los participantes

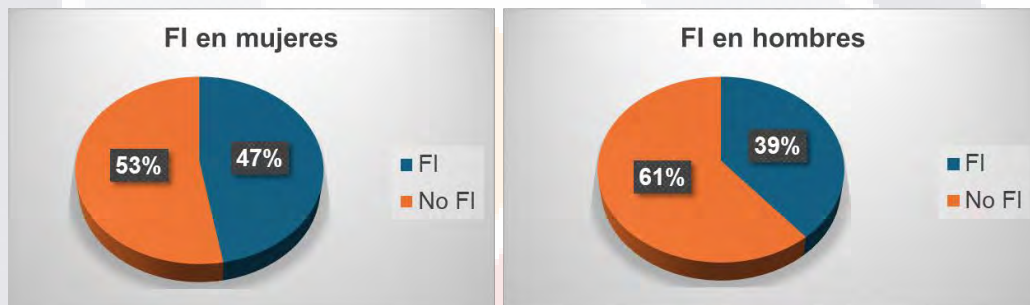


Figura 11. Porcentaje de FI por género de los participantes

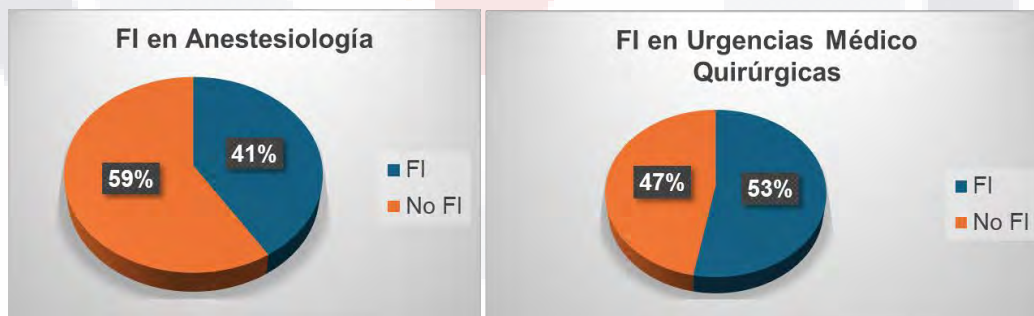


Figura 12. Porcentaje de FI por especialidad cursada de los participantes



Figura 13. Porcentaje de FI por grado cursado de los participantes

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT (SB)

En cuanto a la frecuencia del SB en los participantes, se llevó a cabo la cuantificación del puntaje del *Maslach Burnout Inventory (MBI)* como está validado en su versión en español (51) y se cuantificó de acuerdo con la escala del instrumento en el que se califica cada una de las tres dimensiones como variables continuas de manera independiente, siendo los puntos de corte para la dimensión **Cansancio Emocional (CE)** CE bajo ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto ≥ 27 ; para la dimensión **Despersonalización (DP)** DP baja ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta ≥ 10 , cabe mencionar que estas dos dimensiones indican mayor desgaste a mayor puntuación; y para **Realización Personal (RP)** RP baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta ≥ 40 , dimensión que funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste a puntuación más baja. Para CE se obtuvieron porcentajes de nivel bajo en el 18%, medio en el 23% y alto en el 59% de los participantes (Figura 14). En DP encontramos DP baja en 27%, media en 23% y alta en 50% (Figura 15). En el caso de RP se obtuvieron porcentajes de nivel bajo 38%, medio 46% y alto 16% (Figura 16). De los resultados anteriores se obtuvo un total de 16 participantes con CE y DP alta y RP baja simultáneamente, lo que, de acuerdo con el instrumento, representa SB constituyendo el 28% de todos los participantes (Figura 17).

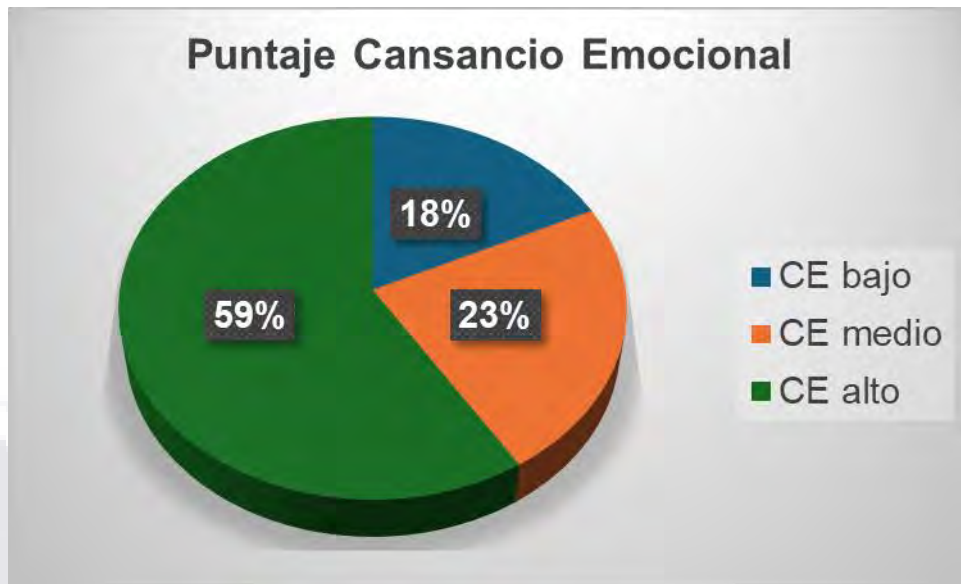


Figura 14. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión CE del MBI

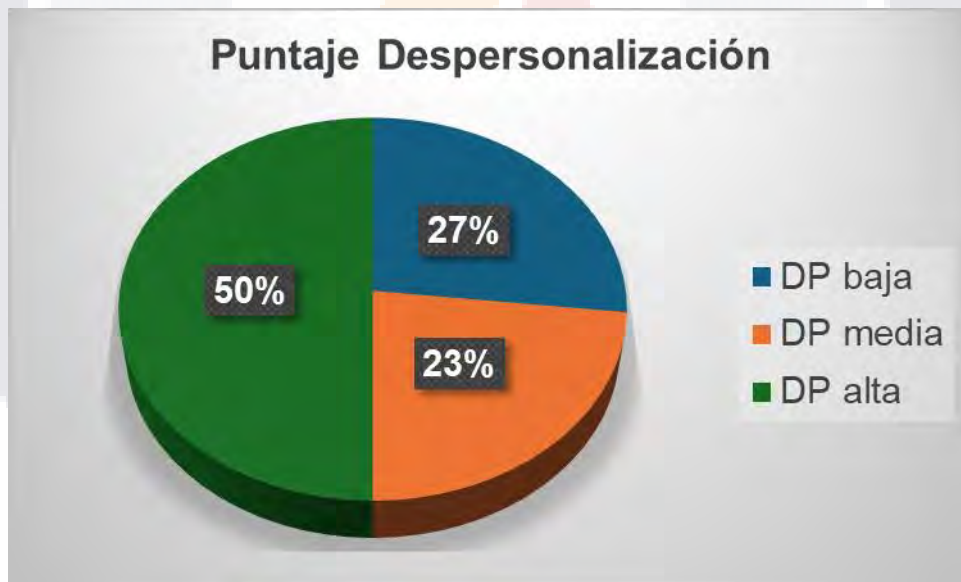


Figura 15. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión DP del MBI



Figura 16. Porcentaje de puntajes obtenidos por los participantes en la dimensión RP del MBI



Figura 17. Porcentaje de SB en los participantes

Al considerar los porcentajes de SB por género reportado, se encontró en 21% de las mujeres (n= 8) y el 44% de los hombres (n= 8) (Figura 18). Al discriminar por especialidad obtuvimos el porcentaje de SB en Anestesiología de 26% de los respondientes (n= 10) y en UMQ 35% (n= 6) (Figura 19). Por último, al separar por grado cursado, los participantes de

segundo grado obtuvieron un porcentaje de 28% de SB (n= 8) y de tercer grado porcentaje de 30% (n= 8) (Figura 20).

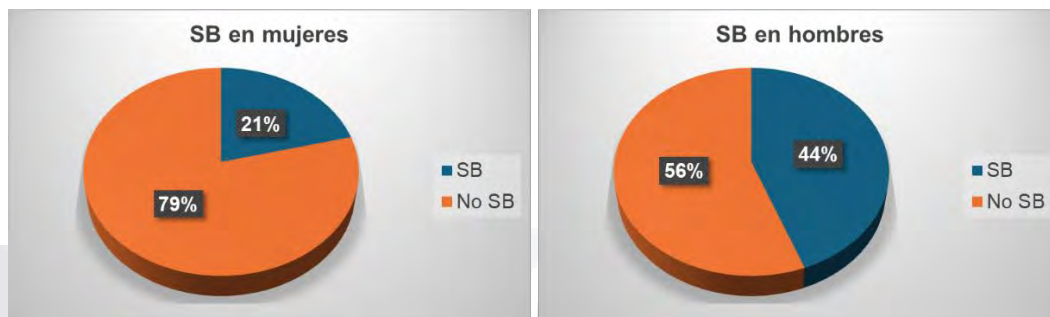


Figura 18. Porcentaje de SB por género de los participantes

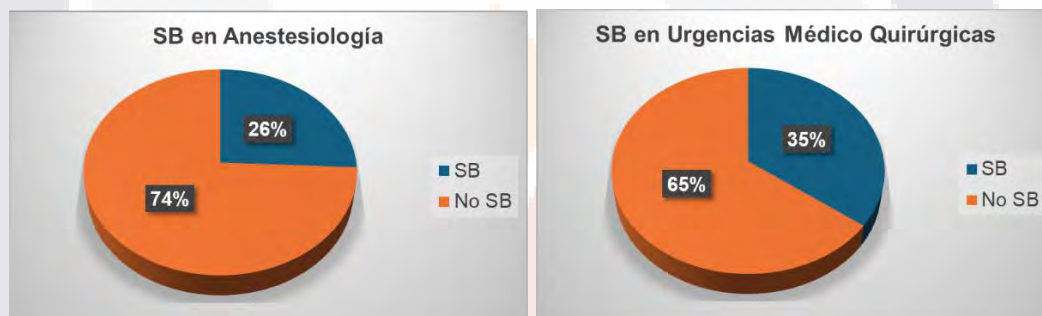


Figura 19. Porcentaje de SB por especialidad cursada de los participantes

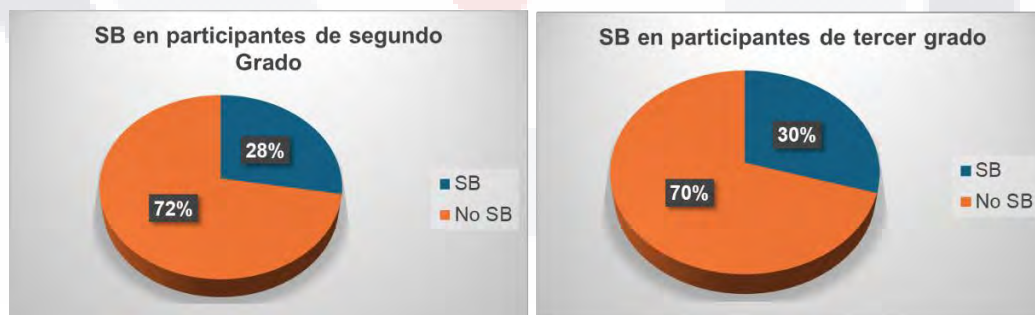


Figura 20. Porcentaje de SB por grado cursado de los participantes

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE FI Y SB

GRÁFICAS DE DISPERSIÓN Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Se realizaron gráficas de dispersión de los resultados de las tres dimensiones del instrumento Inventario de SB de Maslach: CE, DP y RP con el resultado del instrumento Escala del FI de Clance. Se obtuvo una línea de tendencia de asociación positiva para la asociación de CE con FI (Figura 21) y de DP con FI (Figura 22). Se obtuvo una línea de tendencia con asociación negativa para la asociación de RP con FI (Figura 23).

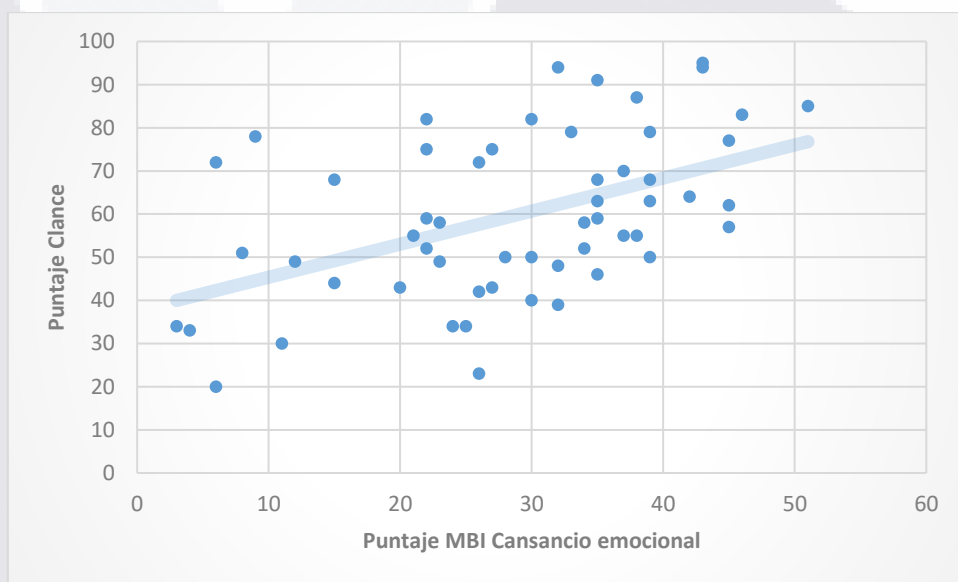


Figura 21. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión CE del MBI en los participantes

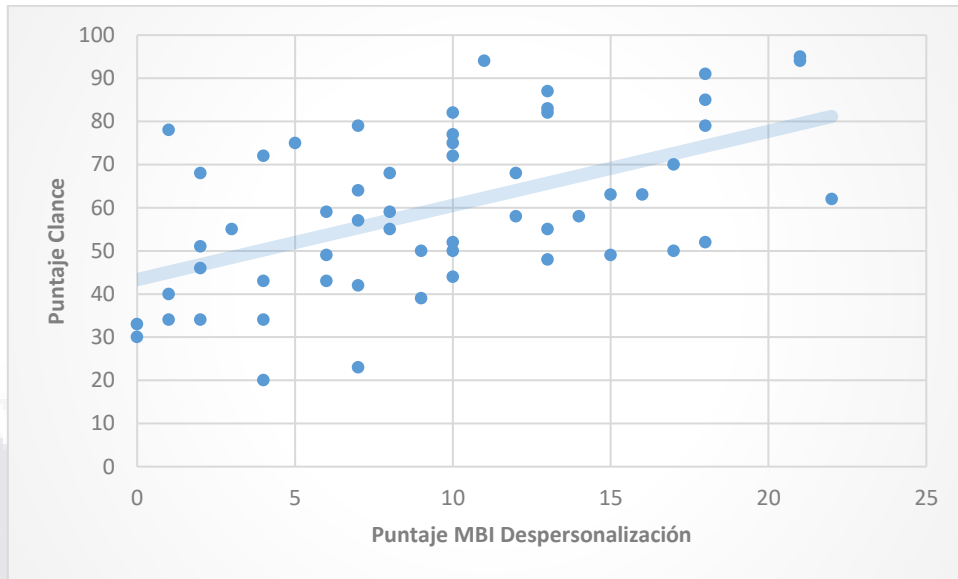


Figura 22. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión DP del MBI en los participantes

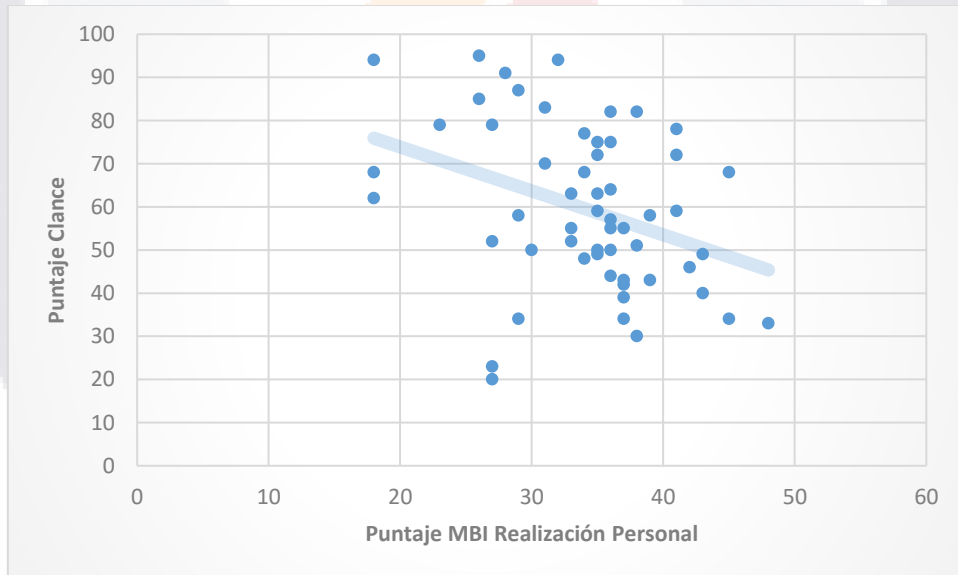


Figura 23. Gráfico de dispersión de la asociación entre el puntaje obtenido en la Escala del FI de Clance con el puntaje obtenido en la dimensión RP del MBI en los participantes

Para determinar el tipo de asociación entre los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados en este estudio, calculamos el coeficiente de correlación de Pearson. Se obtuvo una correlación no causal moderada entre CE y FI; correlación no causal fuerte entre DP y

FI; y correlación negativa no causal fuerte entre RP y FI con un nivel de confianza del 95% (Tabla 4).

Tabla 4. Coeficiente de Correlación de Pearson entre las tres dimensiones del SB y el FI

	<i>CE</i>	<i>DP</i>	<i>RP</i>	<i>Clance</i>
<i>CE</i>	1			
<i>DP</i>	0.646167	1		
<i>RP</i>	-0.50982	-0.57898	1	
<i>Clance</i>	0.48258	0.536297	-0.35303	1

MODELOS DE REGRESIÓN

Para las variables continuas de este estudio aplicamos un modelo matemático de regresión lineal. Se utilizaron las variables edad, horas en el hospital y horas de descanso como variables dependientes o predictoras; y el resultado del puntaje de los instrumentos Escala del FI de Clance y las tres dimensiones del MBI Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización personal obtenidos por los participantes como variables independientes. En todas las relaciones se encontraron valores de $p > 0.05$, por lo que los cambios en la variable predictora no están asociados con cambios en las variables de respuesta. Es decir, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y los puntajes en los instrumentos, ni entre las horas en el hospital y los puntajes en los instrumentos ni entre las horas de descanso con los puntajes en los instrumentos de los participantes (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión lineal entre variables independientes y variables predictoras

<i>CE</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	28.7238088	17.5471931	1.63694607	0.10768035	-6.48721013	63.9348277	-6.487210132	63.93482765
Edad	-0.00640933	0.58226558	-0.01100757	0.99125953	-1.17481069	1.16199204	-1.174810694	1.161992035
Horas Hospital	0.02622751	0.07129864	0.36785436	0.71447497	-0.11684367	0.1692987	-0.116843669	0.169298699
Horas descanso	-0.07195088	0.08793729	-0.81820673	0.41697285	-0.24840997	0.1045082	-0.248409972	0.104508203
<i>DP</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	6.78850168	8.63604333	0.78606619	0.4353962	-10.5409871	24.1179904	-10.54098708	24.11799044
Edad	0.01955374	0.28656838	0.0682341	0.94586099	-0.5554878	0.59459527	-0.555487799	0.594595269
Horas Hospital	0.03757197	0.03509041	1.07071906	0.28924047	-0.03284208	0.10798602	-0.032842085	0.107986017
Horas descanso	-0.02844533	0.0432793	-0.65725017	0.51391881	-0.1152916	0.05840094	-0.115291602	0.058400944
<i>RP</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	36.5275886	9.72434928	3.75630158	0.00043705	17.0142542	56.040923	17.01425419	56.04092303
Edad	-0.09614749	0.32268146	-0.29796408	0.76691788	-0.74365521	0.55136023	-0.743655206	0.551360235
Horas Hospital	0.00574416	0.03951247	0.14537588	0.88497616	-0.0735434	0.08503172	-0.073543403	0.085031722
Horas descanso	-0.00149342	0.04873332	-0.03064481	0.97567012	-0.09928398	0.09629713	-0.099283981	0.096297134
<i>FI</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	57.9165909	27.1022973	2.13696242	0.03732504	3.5318525	112.301329	3.531852505	112.3013292
Edad	0.42154072	0.89933101	0.46872699	0.64122393	-1.38309898	2.22618041	-1.383098982	2.226180415
Horas Hospital	-0.06603629	0.11012342	-0.59965714	0.55133886	-0.2870151	0.15494251	-0.2870151	0.154942511
Horas descanso	-0.22539503	0.13582244	-1.65948298	0.10303849	-0.49794271	0.04715264	-0.497942708	0.047152639

Para el modelo matemático de regresión logística, aplicamos las variables categóricas dicotómicas de género, grado y especialidad como variables dependientes y los puntajes respectivos de la Escala del FI de Clance y las tres dimensiones del MBI Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización personal obtenidos por los participantes como variables independientes.

Para la relación del género con FI, CE, DP y RP, se encontró que el modelo es significativo y clasifica correctamente en el 73.2%, por lo que es aceptable. Encontramos relación negativa con las variables CE, RP y FI, es decir, que la probabilidad de obtener un puntaje alto en estas variables es menor en el género femenino que en el masculino. Se obtuvo relación positiva con la DP, que significa que la probabilidad de obtener un puntaje alto será en el género femenino (Figura 24).

Resumen del modelo						
Paso	-2 Log Verosimilitud	R cuadrada de Cox & Snell		R cuadrada de Nagelkerke		
1	60.13	.17		.23		

Tabla de Clasificación						
Observado	Género		Predicho		Porcentaje Correcto	
			Género			
			1.00	2.00		
Paso 1	1.00		33	5		86.8%
	2.00		10	8		44.4%
Porcentaje Global						73.2%

Variables en la Ecuación							
		B	Err.Est.	Wald	df	Sign.	Exp(B)
Paso 1	CE	-.05	.04	1.57	1	.211	.95
	DP	.23	.09	6.29	1	.012	1.25
	RP	-.03	.06	.17	1	.683	.98
	Clance	-.04	.02	2.77	1	.096	.96
	Constante	1.45	2.74	.28	1	.598	4.25

Figura 24. Modelo de regresión logística entre género y CE, DP, RP y FI

Para la relación del grado con FI, CE, DP y RP, se encontró que el modelo es significativo y clasifica correctamente en el 64.3%, por lo que es aceptable. Encontramos relación negativa con las variables DP y FI, es decir, que la probabilidad de obtener un puntaje alto en estas variables es menor en el segundo grado de la especialidad que en el tercero. Se obtuvo relación positiva con las variables CE y RP, que significa que la probabilidad de obtener un puntaje alto en estas variables será en el segundo grado de la especialidad (Figura 25).

Resumen del modelo						
Paso	-2 Log Verosimilitud	R cuadrada de Cox & Snell			R cuadrada de Nagelkerke	
1	72.81	.08			.11	

Tabla de Clasificación						
Observado	Grado	Predicho				
		Grado		Porcentaje Correcto		
		1.00	2.00			
Paso 1	Grado	1.00	20	9	69.0%	
		2.00	11	16	59.3%	
	Porcentaje Global				64.3%	

Variables en la Ecuación							
		B	Err.Est.	Wald	df	Sign.	Exp(B)
Paso 1	CE	.07	.03	3.95	1	.047	1.07
	DP	-.09	.07	1.48	1	.224	.92
	RP	.01	.05	.06	1	.800	1.01
	Cance	-.01	.02	.39	1	.533	.99
	Constante	-1.00	2.50	.16	1	.691	.37

Figura 25. Modelo de regresión logística entre grado y CE, DP, RP y FI

Finalmente, en cuanto a la relación de la especialidad cursada con FI, CE, DP y RP, se encontró que el modelo es significativo y clasifica correctamente en el 71.4%, por lo que es aceptable. Encontramos relación negativa con las variables DP, RP y FI, es decir, que la probabilidad de obtener un puntaje alto en estas variables es menor en la especialidad de Anestesiología que en UMQ; y se obtuvo relación positiva con el CE, que significa que la probabilidad de obtener un puntaje alto en esta variable será en la especialidad de Anestesiología (Figura 26).

Resumen del modelo

Paso	-2 Log Verosimilitud	R cuadrada de Cox & Snell	R cuadrada de Nagelkerke
1	65.61	.05	.08

Tabla de Clasificación

Observado		Predicho		
		Especialidad		Porcentaje Correcto
		1.00	2.00	
Paso 1	Especialidad 1.00	39	0	100.0%
	2.00	16	1	5.9%
Porcentaje Global				71.4%

Variables en la Ecuación

		B	Err.Est.	Wald	df	Sign.	Exp(B)
Paso 1	CE	.05	.04	2.03	1	.154	1.05
	DP	-.04	.07	.25	1	.617	.96
	RP	-.03	.06	.27	1	.602	.97
	Cance	-.01	.02	.23	1	.629	.99
	Constante	-.43	2.66	.03	1	.872	.65

Figura 26. Modelo de regresión logística entre especialidad y CE, DP, RP y FI



XVII.DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue medir la frecuencia de dos constructos psicológicos ampliamente reconocidos como diagnóstico de trastornos mentales por profesionales de salud mental y factor de riesgo de errores laborales y depresión, el fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en una población de residentes de especialidades médicas del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.

El primer objetivo específico fue describir las características demográficas de los participantes que representaron todos los residentes cursando del segundo año en adelante de especialidades médicas. De los 59 posibles participantes, 56 cumplieron los criterios de inclusión y completaron el estudio satisfactoriamente; con edad media de los participantes de 30 años \pm 2.86 años; de los cuales 38 fueron mujeres y 18 hombres; 29 cursando el segundo año y 27 el tercer año; 39 residentes cursando la especialidad de Anestesiología y 17 Urgencias Médico Quirúrgicas. Esta población coincide con las características de poblaciones reportadas en estudios previos en los que se incluyen estudiantes de todas las residencias del hospital en que se realizó el estudio (57) y con el estudio de Brown y colaboradores en los que la edad promedio reportada fue de 30 años, en residentes y con una distribución similar en los porcentajes de género reportados por los participantes (58). Teniendo como antecedente teórico que el FI y el SB se relacionan con la actividad laboral, se incluyeron las variables de horas que pasan los residentes en el hospital en actividades relacionadas con su formación a lo que reportaron una media de 75.79 \pm 23.78 horas por semana, mismas que coinciden en las reportadas en el estudio de Prieto-Miranda y colaboradores de 78.1 \pm 20.32 horas por semana (59). En cuanto a las horas que los participantes reportaron que dedican exclusivamente al descanso de 26.8 \pm 18.91 horas por semana, valor que no pudimos contrastar con otros estudios, probablemente porque no se reporta ningún instrumento validado para evaluar el número de horas laborada por semana ni de descanso en las residencias médicas, pero que sí influye en la calidad de vida y características del trabajo de los médicos en formación (58), (59).

El segundo objetivo específico del presente estudio fue medir la frecuencia de FI en los participantes por el instrumento Escala de Clance para FI, a lo que obtuvimos un porcentaje de FI de 45%, que coincide con frecuencias encontradas por otros autores en parámetros desde 30% específicamente en profesionales del área de la salud hasta 70% en profesionistas, 22 a 60% en estudiantes de Medicina y de 33 a 44% en residentes (34). Observamos que nuestros resultados coinciden con cifras reportadas para residentes. Por otro lado, al separar las frecuencias por género, también encontramos coincidencia con estudios previos, ya que encontramos FI en mayor porcentaje en mujeres, con un 47% en mujeres contra un 39% en hombres, alineándose con el estudio de Vílchez-Cornejo y colaboradores quienes reportaron una frecuencia 37.8% contra 22% y una razón de prevalencia bruta de 1.14 en mujeres (IC 95% 1.01 – 1.29, $p = 0.045$) (35). Por otro lado, en el metaanálisis publicado en 2024 por Price y colaboradores sobre diferencias de género en el FI, encontraron 35 estudios relevantes que incluían 40,000 participantes aproximadamente, con características similares a las de nuestra población: en etapa de posgrado y área de la salud, y reportaron que las mujeres obtienen mayores puntajes de FI que los hombres en un rango de pequeño a moderado (60). Así mismo, Gottlieb y colaboradores reportan mayor prevalencia en mujeres que en hombres (37.8% vs 22%; $P < .001$) que los autores justifican por la noción histórica que reta a su identidad de formación profesional comparado con los hombres y los estereotipos femeninos en los sistemas de salud (34). Al dividir por especialidad cursada encontramos una mayor frecuencia en la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas con un 51% contra un 41% en Anestesiología y ligeramente mayor en el segundo año que en el tercer año (45% contra 44%), estos valores también coinciden con estudios que se realizaron específicamente en anestesiólogos y médicos de urgencias, en el que se reporta que para el área de anestesiología, se encontró mayor riesgo de FI en mujeres y anestesiólogos con menor tiempo de ejercer (61); en el estudio realizado en médicos de urgencias se encontró mayor frecuencia de FI frecuente e intenso en mujeres y que la severidad del FI incrementó a menor edad de los participantes (1). En un estudio conducido en médicos en formación y en práctica, se reportó que mayor vulnerabilidad (61 vs 51; $P = .017$) en las etapas de formación para presentar síndrome del impostor que en los médicos en práctica (34). Con los resultados obtenidos podemos concluir que nuestra población presenta mayor frecuencia de FI en mujeres y en residentes de menor grado, lo que se respalda en la noción de dos paradigmas: Primero, la persistencia de las barreras en la cultura médica como el

promover el estereotipo de liderazgo autoritario, que generalmente limita el acceso de las mujeres a posiciones de líder o académicas; y un ambiente conflictivo en el que las mujeres médicos en entrenamiento se desarrollan y forman su identidad profesional. El segundo paradigma es que sólo la percepción de mayor experiencia, competencia y evidencia externa de obtener títulos por los médicos en formación, pueden disminuir los síntomas de FI (61) (62).

El tercer objetivo específico fue medir la frecuencia de SB en la población con el instrumento MBI, a lo que obtuvimos un 29% de frecuencia, que se alinea con lo reportado por Güler y Sengül en 2019 siendo el rango entre 25 a 75% (36); y con Thomas en 2020 de 10 a 76% en residentes de especialidades médicas (40). Nuestra frecuencia fue menor que la prevalencia reportada en residentes por Brazeau de 60.3% (39); y que la incidencia reportada en el estudio realizado en esta misma sede en 2023 de 64.3% (41). Esta diferencia se puede explicar por la heterogeneidad de los diseños metodológicos y del instrumento utilizado.

Una de las consideraciones que se tomaron en el presente estudio fue la de separar el puntaje obtenido del MBI en sus tres dimensiones, que si bien el diagnóstico sólo se puede realizar al tener CE alto, DP alto y RP baja, nos dan información sobre el estado de agotamiento en respuesta al estrés laboral de los participantes (36). El porcentaje de CE alto fue de 59%, de DP 50%; y el porcentaje de puntaje bajo de RP fue de 38%, esta última dimensión es la que explica la menor frecuencia de SB en nuestro estudio, ya que nuestra población se pudo observar mejores puntuaciones en la realización personal de los participantes como factor para reducir el diagnóstico del síndrome. Al realizar los porcentajes ajustados para la variable género, especialidad cursada y grado cursado, encontramos que en nuestra población se pudo determinar SB en el 21% de las participantes mujeres y el 44% de los participantes hombres, cifra que discrepa de estudios previos en los que se reportaba mayor severidad en mujeres (37); reportamos 26% en Anestesiología y 35 % en UMQ; 28% en los participantes de segundo grado y 30% en los de tercer grado. En los estudios de Prieto-Miranda y colaboradores realizados en población similar a la nuestra, incluso en la región bajío del país, también reportaron sus resultados diferenciados en las tres dimensiones del MBI, y al discriminar por especialidad, obtuvieron porcentajes similares a los aquí reportados en las dimensiones de cansancio emocional y

despersonalización, y diferentes para la dimensión realización personal, puesto que ellos reportaron 0% de los participantes con realización personal baja. Para Anestesiología, el porcentaje de CE alto se reportó en 66.6%, DP alta en 50% y RP baja de 0% (moderada de 50% y alta de 50%); en UMQ CE alto 62.5%, DP alta 12.5% y RP baja 0% (moderada de 62.5% y alta de 37.5%). Lo que coincide con nuestro estudio al evidenciar que el tener puntajes más altos en realización personal, reduce el diagnóstico global de SB, pero puede enmascarar un agotamiento y despersonalización altos en la mayoría de la población estudiada (63).

Por todo lo anterior, demostramos la presencia de FI y SB en nuestra muestra. Con la información recabada, decidimos buscar asociación entre el FI y SB, encontrando correlación no causal moderada entre CE y FI; correlación no causal fuerte entre DP y FI; y correlación negativa no causal fuerte entre RP y FI con un nivel de confianza del 95%, con lo anterior podemos demostrar que hay asociación estadísticamente significativa entre los puntajes de las tres dimensiones del MBI y el FI, que, hasta nuestro mejor entendimiento, no se había reportado en estudios anteriores de esta manera, sólo el reporte Leach de asociación entre síntomas clínicos del fenómeno del impostor y síntomas de *Burnout* (4), **por lo que esto constituye la principal aportación al conocimiento de este estudio.**

Aunado a lo anterior, aplicamos el modelo matemático de regresión lineal para relacionar los puntajes obtenidos por los participantes, en el que no encontramos asociación estadísticamente significativa entre los puntajes de los instrumentos de Clance y Maslach aplicados a nuestra población con las variables demográficas de edad, ni con el tiempo que los participantes reportaron que pasan en el hospital por semana, ni con el tiempo que invierten en descanso por semana. En este sentido podemos concluir que estas variables **no son factores** que, en una línea de tendencia, aumentarían los puntajes de los instrumentos al aumentar, ni disminuirían los puntajes al disminuirlos. Este resultado nos presenta una oportunidad para futuros estudios en los que, por un lado, se determinara el tiempo laborado y el tiempo de descanso en un instrumento validado; y por otro, el agregar más variables que se encaminen a evaluar la calidad de vida de los residentes y volver a correr los modelos matemáticos de asociación, como se ha mencionado en otros estudios, que las variables laborales, personales y de motivación pueden influir más directamente en el FI y SB que sólo las demográficas (63).

En contraste, al realizar el modelo matemático de regresión logística de FI, SB y las tres dimensiones de SB con las variables género, especialidad y grado cursado por los participantes, sí encontramos relación estadísticamente significativa entre género con CE, RP y FI, siendo en el género femenino de sentido negativo; y relación positiva del género femenino con DP; para la variable grado encontramos relación estadísticamente significativa negativa para DP y FI y positiva para CE y RP. En cuanto a la especialidad, encontramos relación positiva entre Anestesiología y CE y negativa con DP, RP y FI.

Los resultados anteriores también constituyen aportaciones al conocimiento, debido a que, aunque se ha reportado una mayor frecuencia en el género femenino en los estudios mencionados, tanto de FI como de SB, se puede explicar que la única dimensión con la que se relaciona de manera positiva es la despersonalización, pudiendo enfocar los esfuerzos preventivos y terapéuticos a estrategias que disminuyan la presentación clínica de esta dimensión (60). El grado cursado también coincide con los resultados previos en que a menor tiempo de formación se tiene mayor riesgo de FI y SB, y lo que se postula en este trabajo es que se relaciona estadísticamente con el cansancio emocional y la baja realización personal que pueden tener los residentes en etapas más tempranas (61). Se caracterizó en cuanto a la especialidad de Anestesiología que se relaciona con cansancio emocional más que con las demás dimensiones; sin embargo, en este punto, una limitación de este estudio es que al no haber otras especialidades completas en la sede que se realizó, de acuerdo con el diseño metodológico, no se incluyeron otras especialidades, que se requeriría para poder concluir qué dimensiones son de mayor puntaje en cada especialidad (62).

El FI y SB han sido previamente estudiados, pero hasta la fecha se siguen presentando con alta frecuencia dentro de los profesionales del área de la salud (34) (36). La importancia de continuar con esta línea de investigación a futuro es por ser uno de los temas prioritarios para el desarrollo de protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud dentro del apartado desórdenes mentales; por la importancia de entender los alcances del FI y del SB; porque son pocos los estudios directamente enfocados en este tema, población y fuente nacional. Se requiere estudiar los factores protectores que han sido reconocidos, la relación con otros factores, las estrategias de afrontamiento (34), considerar las diferencias por el género en la presentación de FI y SB, que ampliamente se han comprobado (60), la eficacia de las intervenciones que han presentado otros autores para

superar el FI y SB: manipulaciones al contexto, mejorar políticas de equidad de género, protocolos de motivación, disminución de conductas disruptivas en ambiente laboral, mejorar la seguridad psicológica de los residentes y los ambientes educativos de un grupo que aún se encuentra en formación (62)(61)(64).

XVIII.CONCLUSIONES

En los participantes del presente estudio:

1. Se describieron las características demográficas, con edad promedio de 30 años, mayor porcentaje de mujeres, mayor porcentaje de participantes cursando Anestesiología y mayor porcentaje cursando segundo grado de la especialidad médica.
2. Se determinó el número de horas en el hospital a la semana promedio de 75.8 y el número de horas de descanso a la semana promedio de 26.8 horas.
3. La frecuencia de FI evaluado por el instrumento Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español es de 45%.
4. La frecuencia de SB evaluado por el instrumento Inventario de *Burnout* de Maslach validado al español es de 29%. Del cual, al discriminar por sus dimensiones, la frecuencia de cansancio emocional alto es de 59%, de despersonalización alta es de 50% y realización personal baja es de 38%
5. No hay relación estadísticamente significativa entre las horas en el hospital y horas de descanso a la semana con FI ni con SB.
6. Existe correlación estadísticamente significativa entre el género femenino con el FI y la dimensión despersonalización del IBM para SB.
7. Existe correlación estadísticamente significativa entre el grado cursado con el FI y la dimensión de realización personal del IBM para SB.
8. Existe correlación estadísticamente significativa entre el FI y SB.

XIX.GLOSARIO

Despersonalización. Mecanismo de afrontamiento de endurecimiento afectivo y distanciamiento con las personas a las que se brinda el servicio.

Guardia. Conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora de residentes en la que está adscrito o asignado.

Impostorismo. Discurso interno de no ser inteligentes y de haber engañado a las personas que piensan lo contrario.

Médico residente. Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Programa académico, documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudios de la residencia médica correspondiente.

Residencia médica. Conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.

Rotación de campo. Conjunto de actividades de carácter temporal contenidas en el programa operativo que debe realizar el médico residente del último año de la residencia médica correspondiente.

Sede. Principal unidad médica receptora de residentes, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente.

XX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batur A, Aksan A, Meneksedag Y, Karaca MA. Impostor phenomenon and burnout syndrome among emergency physicians: a cross-sectional study. *Arch Environ Occup Health*. 2023 Sep 14;78(7–8):379–88.
2. Vaa Stelling BE, Andersen CA, Suarez DA, Nordhues HC, Hafferty FW, Beckman TJ, et al. Fitting In While Standing Out: Professional Identity Formation, Imposter Syndrome, and Burnout in Early-Career Faculty Physicians. *Academic Medicine*. 2023 Apr 1;98(4):514–20.
3. Liu RQ, Davidson J, Van Hooren TA, Van Koughnett JAM, Jones S, Ott MC. Impostorism and anxiety contribute to burnout among resident physicians. *Med Teach*. 2022;44(7):1–7.
4. Leach PK, Nygaard RM, Chipman JG, Brunsvold ME, Marek AP. Impostor Phenomenon and Burnout in General Surgeons and General Surgery Residents. *J Surg Educ*. 2019;76(1):99–106.
5. Zaed I, Bongetta D, Della Pepa GM, Zoia C, Somma T, Zoli M, et al. The prevalence of Imposter Syndrome among young neurosurgeons and residents in Neurosurgery: a multicentric study. *Neurosurg Focus*. 2022;53(2):E9.
6. Deaux K, Emswiller T. Explanations of successful performance on sex-linked tasks: What is skill for the male is luck for the female. *J Pers Soc Psychol*. 1974 Jan;29(1):80–5.
7. Harvey J, Ickes WJ, Kidd RF. *New directions in attribution research*. Vol. 1. Hillsdale, N.J.: Erlbaum; 1976.
8. Rosenkrantz P, Vogel S, Bee H, Broverman I, Broverman DM. Sex-role stereotypes and self-concepts in college students. *J Consult Clin Psychol*. 1968;32(3):287–95.
9. Broverman IK, Vogel SR, Broverman DM, Clarkson FE, Rosenkrantz PS. Sex-Role Stereotypes: A Current Appraisal ¹. *Journal of Social Issues*. 1972 Apr 14;28(2):59–78.
10. Clance PR, Imes SA. The impostor phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice [Internet]*. 1978;15(3):241–7. Available from: https://www.paulinerooseclance.com/pdf/ip_high_achieving_women.pdf
11. Matthews G, Clance PR. Treatment of the Impostor Phenomenon in Psychotherapy Clients. *Psychotherapy in Private Practice*. 1985;3(1):71–81.
12. Kolligian Jr. J, Sternberg RJ. Perceived Fraudulence in Young Adults: Is There an “Imposter Syndrome”? *J Pers Assess*. 1991;56(2):308–26.

13. Chrisman SM, Pieper WA, Clance PR, Holland CL, Glickauf-Hughes C. Validation of the Clance Imposter Phenomenon Scale. *J Pers Assess.* 1995;65(3):456–67.
14. Leary MR, Patton KM, Orlando AE, Wagoner Funk W. The Impostor Phenomenon: Self-Perceptions, Reflected Appraisals, and Interpersonal Strategies. *J Pers.* 2000;68(4):725–56.
15. Caselman TD, Self PA, Self AL. Adolescent attributes contributing to the impostor phenomenon ^{*}. *J Adolesc.* 2006 Jun 6;29(3):395–405.
16. Sakulku J. The Impostor Phenomenon. *The Journal of Behavioral Science* [Internet]. 2011;6(1):75–97. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/521>
17. Villwock JA, Sobin LB, Koester LA, Harris TM. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int J Med Educ.* 2016 Oct 31;7:364–9.
18. Hibberd J. *The Impostor Cure: Beat insecurities and gain self-belief.* Octopus; 2019.
19. Huecker MR, Shreffler J, McKeny PT, Davis D. *Impostor Phenomenon.* 2024.
20. Livisi Ccuno SR. Adaptación y propiedades psicométricas de la escala “Clance IP Scale”, para medir conductas del síndrome del impostor en una muestra de trabajadores de una organización de Juliaca - 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2819818>
21. Gutiérrez-Aceves GA, Celis-López MÁ, Moreno-Jiménez S, Farias-Serratos F, Suárez-Campos J de J. Síndrome de burnout. *Arch Neurocién (Mex).* 2006;11(4):305–9.
22. Saborío-Morales L, Hidalgo-Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2015 Mar;32(1).
23. Greene G. *A burnt-out case.* 1st ed. Nueva York: The Viking Press, Inc.; 1961.
24. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.* 1974 Jan 14;30(1):159–65.
25. Maslach C. Burned-Out. *Human Behavior.* 1976 Sep;9(5):16–22.
26. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981 Apr 17;2(2):99–113.
27. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual.* 2nd ed. Consulting Psychologists Press; 1986.
28. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001 Feb;52(1):397–422.
29. Juárez García A. Entrevista con Christina Maslach: reflexiones sobre el síndrome de Burnout. *Liberabit.* 2014;20(2):199–208.

30. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103–11.
31. Juárez-García A, Idrovo ÁJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 2014 Apr;37(2):159–76.
32. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206840.
33. Maslach C, Leiter MP. Understanding the Burnout experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103–11.
34. Gottlieb M, Chung A, Battaglioli N, Sebok-Syer SS, Kalantari A. Impostor syndrome among physicians and physicians in training: A scoping review. *Med Educ*. 2019;54(2):116–24.
35. Vilchez-Cornejo J, Romani L, Chávez-Bustamante SG, Copaja-Corzo C, Sánchez-Vicente JC, Viera-Morón RD, et al. Síndrome del impostor y sus factores asociados en estudiantes de Medicina de seis facultades peruanas. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2021;52(2):113–20. Available from: <http://scielo.org.co/pdf/rcp/v52n2/0034-7450-rcp-52-02-113.pdf>
36. Güler Y, Şengül S, Çaliş H, Karabulut Z. Burnout syndrome should not be underestimated. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(11):1356–60.
37. Losada-Morales HF, Astudillo-Díaz PR, Fernández-Carriba S, Jara-Ibaceta JI, Losada-Morales HF, Astudillo-Díaz PR, et al. Prevalencia de síndrome de burnout en anestesiología y cirugía ortopédica en un centro en Chile. *Rev Cir (Mex) [Internet]*. 2021;73(5):547–55. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000500547&script=sci_arttext
38. Gil-Calderón J, Alonso-Molero J, Dierssen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Llorca J. Burnout syndrome in Spanish medical students. *BMC Med Educ*. 2021;21(1).
39. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Academic Medicine*. 2010;85:S33–6.
40. Thomas M, Bigatti S. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *Int J Med Educ*. 2020;11:201–13.
41. Olivares Pérez A. Incidencia del síndrome de Burnout en médicos residentes del segundo y tercer año del servicio de Anestesiología del Hospital General de Zona 3, IMSS, Aguascalientes. [Tesis]. [Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2023.
42. Tyssen R, Vaglum P. Mental Health Problems among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(3):154–65.



43. Morgenstern BZ, Beck Dallaghan G. Should Medical Educators Help Learners Reframe Imposterism? *Teach Learn Med.* 2020;1–21.
44. Ingresan al IMSS Aguascalientes 156 residentes a diez especialidades; egresan 68 médicos. *La Jornada Aguascalientes* [Internet]. 2023; Available from: <https://www.lja.mx/2023/03/ingresan-al-imss-aguascalientes-156-residentes-a-diez-especialidades-egresan-68-medicos/>
45. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I. Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019 Oct 1;23(20):9058–65.
46. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008;23(7):1090–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517942/>
47. Bravata DM, Watts SA, Keefer AL, Madhusudhan DK, Taylor KT, Clark DM, et al. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2020 Apr 17;35(4):1252–75.
48. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2015 Apr;28(2):151–8.
49. Gobierno de México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación Estados Unidos Mexicanos*: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf; Sep 30, 2024 p. 21–3.
50. Sandoval-Lentisco A, Tortajada M, Palmero LB, Campoy G, Fuentes LJ, Martínez-Pérez V. Psychometric Properties of the Spanish Clance Impostor Scale (S-CIPS). *Anales de Psicología.* 2024 Jan 1;40(1):38–43.
51. Díaz E, Bon T. Validez y Fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach en México. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle.* 2023 Aug 21;15:33–54.
52. Gutbezahl J. 5 Types of statistical bias to avoid in your analyses. *Bussines Insights.* 2017 Jun 13;
53. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2017.
54. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf; Apr 2, 2017.
55. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. *Diario Oficial de la Federación*

México: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf; Jul 5, 2010.

56. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, NOM-004-SSA3-2012 México: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629875/NOM-004-SSA3-EXPEDIENTE-CLINICO.pdf; 2012.
57. Slade SJ. Empathy Rounds: Residents Combating Impostor Syndrome. *J Grad Med Educ.* 2020 Jun 1;12(3):351–2.
58. Brown DW, Binney G, Gauthier Z, Blume ED. Fears and Stressors of Trainees Starting Fellowship in Pediatric Cardiology. *Pediatr Cardiol.* 2020 Apr 21;41(4):677–82.
59. Prieto-Miranda SE, JBCA, CRG, de JVHM, & EPRI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México.* 2015;31(6):669–79.
60. Price PC, Holcomb B, Payne MB. Gender differences in impostor phenomenon: A meta-analytic review. *Current Research in Behavioral Sciences.* 2024;7:100155.
61. Gisselbaek M, Hontoir S, Pesonen AE, Seidel L, Geniets B, Steen E, et al. Impostor syndrome in anaesthesiology primarily affects female and junior physicians^{☆}; *Br J Anaesth* [Internet]. 2024 Feb 1;132(2):407–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.09.025>
62. Lorello GR, Schrewe B. Unmasking imposter syndrome: individual responsibility or repercussions of systemic oppression? *Br J Anaesth.* 2024 Feb;132(2):230–3.
63. Prieto-Miranda SE, RGGB, JBCA, & GQLG (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(5):574–9.
64. Fainstad T, Mann A, Suresh K, Shah P, Dieujuste N, Thurmon K, et al. Effect of a Novel Online Group-Coaching Program to Reduce Burnout in Female Resident Physicians. *JAMA Netw Open.* 2022 May 6;5(5):e2210752.

XXI.ANEXOS

A. Consentimiento bajo información

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>
 <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Aguascalientes, Ags., a ___ de _____ de 2024.</p> <p>No. de registro institucional PENDIENTE</p> <p>Título del protocolo: "Frecuencia del Fenómeno del Impostor (FI) y Síndrome de Burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes"</p> <p>Justificación y objetivo de la investigación: Medir la frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes. El fenómeno del impostor es un problema de salud mental para los profesionales de la salud hasta en 70%. Tiende a relacionarse con depresión y ansiedad. Se ha reportado mayor vulnerabilidad en las etapas de formación con efectos a largo plazo por su asociación con síntomas de ansiedad, depresión, desgaste emocional, despersonalización, baja satisfacción laboral y Síndrome de Burnout. Al ser identificada su frecuencia, se podrán buscar estrategias de detección.</p> <p>Procedimientos y duración de la investigación: Se me ha informado que se obtendrán datos de una cédula de recolección de datos contestaré y posteriormente responderé dos instrumentos: El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado al español y la Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español de manera confidencial, con una programación previa en la que se notifique a mí Profesor Titular del programa de especialidad médica y a la Coordinadora de Educación e Investigación, y me encuentre en el día inmediato posterior a una guardia complementaria sin interferir con mis actividades laborales y personales. La duración del protocolo será de un año.</p> <p>Riesgos y molestias: El único inconveniente será el tiempo otorgado para responder la encuesta.</p> <p>Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Su valiosa participación ayudará al curso de esta investigación para medir la frecuencia del fenómeno del impostor (FI) y síndrome de burnout (SB) en residentes del Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.</p>

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al final del estudio si usted desea le informaremos los resultados obtenidos verbalmente.

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de negarme a participar en el estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el servicio otorgado.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro

Teléfono y horario: 449 243 7797, horario mixto.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Cristina González Ramírez. Teléfono 4493213185. Correo electrónico: gonzalezramirezcrisina@gmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

 Nombre y firma del participante

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

 Nombre y firma del testigo 1

 Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-013

B. Cédula de recolección de datos e instrumentos

Cédula de recolección de datos

FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES	
DATOS GENERALES	
FOLIO	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
GÉNERO	
ESPECIALIDAD	
GRADO	
HORAS EN EL HOSPITAL A LA SEMANA	
HORAS DE TIEMPO LIBRE A LA SEMANA	

C. Escala de Clance para Fenómeno del Impostor validada al español.

Ante cada afirmación, asigne a un valor de acuerdo con la siguiente escala:

1	No es cierto
2	Rara vez
3	A veces
4	A menudo
5	Muy cierto

1	A menudo he tenido éxito en una prueba o tarea, aunque antes de asumir la responsabilidad tenía temor de no poder hacerlo bien.	7	Tengo tendencia a recordar los momentos en los que no he hecho mi mejor esfuerzo más que los momentos en los que he dado lo mejor de mí.	15	Cuando todo me va bien y recibo reconocimiento por mis logros, tengo dudas de que continúe logrando el mismo éxito.
2	Puedo dar la impresión de que soy más competente de lo que realmente soy.	8	Rara vez hago un proyecto o tarea tan bien como me gustaría hacerlo.	16	Si recibo muchos elogios y reconocimiento por algo que he logrado, tiendo a restarle importancia a lo que he hecho.
3	Si es posible evito las evaluaciones porque tengo miedo de que otros me evalúen.	9	A veces siento o creo que el éxito en mi vida o en mi trabajo ha sido el resultado de algún tipo de error.	17	A menudo comparo mis capacidades con las de los que me rodean y creo que otros podrían ser más hábiles que yo.
4	Cuando la gente me elogia por algo que he logrado, tengo temor de no poder estar a la altura de sus expectativas respecto a mí en el futuro.	10	Es difícil para mí aceptar cumplidos o elogios por mi inteligencia o mis logros.	18	Con frecuencia me preocupo por la posibilidad de no tener éxito en un proyecto o un examen, aunque los demás a mi alrededor tienen una gran confianza en que lo haré bien.
5	A veces pienso que gané mi posición o mi éxito actual porque estuve en el lugar correcto, en el momento oportuno o porque conocía a las personas adecuadas.	11	A veces, siento que mi éxito se debe a algún tipo de suerte.	19	Si sé que voy a recibir un ascenso u obtener algún tipo de reconocimiento, dudo en decirles a otros hasta que se haya concretado.
6	Tengo temor de que las personas importantes para mí descubran que no soy tan capaz como ellos piensan.	12	A veces me decepcionan mis logros actuales y creo que debería haber logrado mucho más.	20	Me siento mal y estoy desanimado si no soy "el mejor" o al menos "muy especial" en situaciones que involucran logros.
		13	A veces tengo temor de que otros descubran cuánto conocimiento o habilidad realmente me falta.		
		14	Aunque generalmente soy bueno en lo que hago, con frecuencia tengo el temor de fallar en una nueva tarea o responsabilidad.		

D. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado al español

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= nunca
- 1= pocas veces al año o menos.
- 2= una vez al mes o menos.
- 3= unas pocas veces al mes.
- 4= una vez a la semana.
- 5= pocas veces a la semana.
- 6= todos los días.

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

E. Manual operacional de los instrumentos.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES	
DATOS GENERALES	
FOLIO	①
FECHA DE NACIMIENTO	②
EDAD	③
GÉNERO	④
ESPECIALIDAD	⑤
GRADO	⑥
HORAS EN EL HOSPITAL A LA SEMANA	⑦
HORAS DE TIEMPO LIBRE A LA SEMANA	⑧

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO B. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NO.	DATO	ANOTAR
1	FOLIO	El número de participante asignado
2	FECHA DE NACIMIENTO	El participante registrará su fecha de nacimiento compuesta por día, mes y año
3	EDAD	El participante registrará su edad en años al momento de aplicación del estudio
4	GÉNERO	El participante registrará su género como masculino o femenino
5	ESPECIALIDAD	Programa académico al que está inscrito el participante al momento de participar en el estudio
6	GRADO	Grado académico al que se encuentra inscrito el participante al momento de participar en el estudio
7	HORAS EN EL HOSPITAL A LA SEMANA	Tiempo transcurrido desde que ingresa a la unidad hospitalaria a funciones propias de su formación en el programa académico de residencia médica hasta el egreso de su turno al terminar la última actividad relacionada con dichas funciones durante una semana de lunes a domingo
8	HORAS DE TIEMPO LIBRE A LA SEMANA	Tiempo transcurrido fuera de la unidad hospitalaria en que no se realiza ninguna actividad relacionada con el programa académico de residencia médica, ni de autocuidado durante una semana de lunes a domingo

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE ESCALA DE CLANCE PARA FENÓMENO DEL IMPOSTOR VALIDADA AL ESPAÑOL

A continuación, se presenta un ejemplo de cómo responder el instrumento Escala de Clance para FI validado al español.

Ante cada afirmación, asigne a un valor de acuerdo con la siguiente escala:

1	No es cierto
2	Rara vez
3	A veces
4	A menudo
5	Muy cierto

1	A menudo he tenido éxito en una prueba o tarea, aunque antes de asumir la responsabilidad tenía temor de no poder hacerlo bien.	3
2	Puedo dar la impresión de que soy más competente de lo que realmente soy.	3
3	Si es posible evito las evaluaciones porque tengo miedo de que otros me evalúen.	3
4	Cuando la gente me elogia por algo que he logrado, tengo temor de no poder estar a la altura de sus expectativas respecto a mí en el futuro.	3
5	A veces pienso que gané mi posición, o mi éxito actual porque estuve en el lugar correcto, en el momento oportuno o porque conocía a las personas adecuadas.	3
6	Tengo temor de que las personas importantes para mí descubran que no soy tan capaz como ellos piensan.	3
7	Tengo tendencia a recordar los momentos en los que no he hecho mi mejor esfuerzo más que los momentos en los que he dado lo mejor de mí.	3
8	Rara vez hago un proyecto o tarea tan bien como me gustaría hacerlo.	3
9	A veces siento o creo que el éxito en mi vida o en mi trabajo ha sido el resultado de algún tipo de error.	3
10	Es difícil para mí aceptar cumplidos o elogios por mi inteligencia o mis logros.	3
11	A veces, siento que mi éxito se debe a algún tipo de suerte.	3
12	A veces me decepcionan mis logros actuales y creo que debería haber logrado mucho más.	3
13	A veces tengo temor de que otros descubran cuánto conocimiento o habilidad realmente me falta.	3
14	Aunque generalmente soy bueno en lo que hago, con frecuencia tengo el temor de fallar en una nueva tarea o responsabilidad.	3
15	Cuando todo me va bien y recibo reconocimiento por mis logros, tengo dudas de que continúe logrando el mismo éxito.	3
16	Si recibo muchos elogios y reconocimiento por algo que he logrado, tiendo a restarle importancia a lo que he hecho.	3
17	A menudo comparo mis capacidades con las de los que me rodean y creo que otros podrían ser más hábiles que yo.	3
18	Con frecuencia me preocupo por la posibilidad de no tener éxito en un proyecto o un examen, aunque los demás a mi alrededor tienen una gran confianza en que lo haré bien.	3
19	Si sé que voy a recibir un ascenso u obtener algún tipo de reconocimiento, dudo en decirles a otros hasta que se haya concretado.	3
20	Me siento mal y estoy desanimado si no soy "el mejor" o al menos "muy especial" en situaciones que involucran logros.	3

Total:

60 puntos

Resultado: El participante obtuvo 60 puntos en este instrumento.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) VALIDADO AL ESPAÑOL

A continuación, se presenta un ejemplo de cómo responder el instrumento MBI validado al español.

Instrucciones. Dentro del recuadro a la derecha de la afirmación:

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= nunca
- 1= pocas veces al año o menos.
- 2= una vez al mes o menos.
- 3= unas pocas veces al mes.
- 4= una vez a la semana.
- 5= pocas veces a la semana.
- 6= todos los días.

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

Total:

52 puntos

Resultado: El participante obtuvo 52 puntos en este instrumento.



F. Carta de no inconveniencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL AGUASCALIENTES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°1

Aguascalientes, Aguascalientes, a 09 de febrero de 2024.

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud 101
Delegación Aguascalientes
Presente.

ASUNTO: Carta de No Inconveniente

Por este conducto manifestó que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la **Dra. Cristina González Ramírez**, matrícula 98011524, residente de la especialidad de Anestesiología adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS Aguascalientes, participe en el protocolo de investigación como **tesista** y el **Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro** participe como **investigador principal**, médico no familiar con matrícula 98365820. El protocolo de investigación se titula **"FRECUENCIA DEL FENÓMENO DEL IMPOSTOR (FI) Y SÍNDROME DE BURNOUT (SB) EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD AGUASCALIENTES."**

Agradeciendo de antemano la atención prestada al presente y el apoyo que usted siempre brinda, quedo de usted.

ATENTAMENTE.

Dra. Rosa María Osornio Moreno
DIRECTORA
Matrícula 98134531
Céd. Prof. 7711777 UAH

Dra. Rosa María Osornio Moreno
Directora del Hospital General de Zona No. 1
Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes. C.P. 20270.

