



Universidad Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza”



**CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE UNA UNIDAD
DE
ATENCIÓN MÉDICA DE TERCER NIVEL**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA:

DR. RAMON GARDUÑO VALDES

ASESOR DE TESIS:

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

MEXICO D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

División de Educación en Salud

DR. JOSE ARTURO VELAZQUEZ GARCIA

Jefe de Servicio Cirugía General

DR. RAMON GARDUÑO VALDES

Médico Especialista en formación en Cirugía General

INDICE

I.	RESUMEN	4
II.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	5
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	20
IV.	RESULTADOS	23
V.	DISCUSION	30
VI.	CONCLUSIONES	35
VII.	BIBLIOGRAFIA	36
VIII.	ANEXOS	39

RESUMEN**CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE TERCER NIVEL**

OBJETIVO. Evaluar de la calidad de vida en los médicos residentes.

MATERIAL Y METODOS. Diseño transversal, descriptivo, observacional y abierto. A los residentes del HECMNR se aplicó el cuestionario SF-36 reproducido de su publicación por la SSA. Se calificó el cuestionario y analizaron los resultados en una base de datos. Se realizó análisis estadístico con estadística descriptiva, Ji cuadrada, Kruskal Wallis y prueba de correlación de Pearson.

RESULTADOS. Seis médicos fueron excluidos por patologías diagnosticadas en manejo actual. De los 347 participantes se obtuvo una calificación media de 80.75. El total de las especialidades clínicas tuvieron una calidad de vida de 78.61 puntos comparados con las especialidades quirúrgicas con 83.4. La calidad de vida asociada al género presentó 78.97 para el sexo femenino y 81.94 para el masculino. La media nacional de calidad de vida fue de 85.18 y la media de los residentes fue de 80.75.

CONCLUSIONES. La calidad de vida de los médicos residentes encuestados fue menor a la media nacional (85.18). No hubo correlación entre el año en curso de la especialidad y la calidad de vida. Las especialidades clínicas tuvieron una calidad de vida inferior a las de tipo quirúrgico. El sexo femenino obtuvo una calidad de vida inferior en todos los rubros

PALABRAS CLAVE. Calidad de vida, residentes.

SUMMARY**QUALITY OF LIFE IN MEDICAL RESIDENTS OF AN UNIT OF MEDICAL CARE OF THIRD LEVEL**

OBJECTIVE. To evaluate of the quality of life in the medical residents.

MATERIAL AND METHODS. I design traverse, descriptive, observational and open. To the residents of HECMNR the questionnaire reproduced SF-36 of its publication by SSA was applied. The questionnaire was qualified and they analyzed the results in a database. It was carried out statistical analysis with descriptive statistic, square Ji, Kruskal Wallis and test of correlation of Pearson.

RESULTS. Six doctors were excluded by pathologies diagnosed in current handling. Of the 347 participants a half qualification of 80.75 was obtained. The total of the clinical specialties had a quality of life of 78.61 points compared with the surgical specialties with 83.4. The quality of life associated to the gender presented 78.97 for the feminine sex and 81.94 for the masculine one. The national stocking of quality of life was of 85.18 and the stocking of the residents was of 80.75.

CONCLUSIONS. The quality of the interviewed medical residents' life went smaller to the national stocking (5.18). Not there was correlation among the year in course of the specialty and the quality of life. The clinical specialties had a quality of inferior life to those of surgical type. The feminine sex obtained a quality of inferior life in all the items

WORDS KEY. Quality of life, residents.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Residencia Médica

El sistema de residencias y Postgrado hospitalario fue ideado por Teodoro Billroth en Viena a mediados del siglo XIX. Billroth redactó un programa de entrenamiento de Postgrado hospitalario con reconocimiento y respaldo universitario. Realizó una rigurosa selección de alumnos, exigió una preparación muy concienzuda en anatomía patológica y en bioquímica; su programa contemplaba la rotación y el estrecho contacto con los servicios de medicina interna; organizó una consulta externa, propia del departamento de cirugía, con seguimiento muy minucioso de los casos. (1)

La primera residencia médica se inició en Estados Unidos en el año 1890 en el John Hopkins Hospital de Baltimore bajo la dirección de William Stewart Halsted, y los resultados de la evaluación de esta experiencia se publicaron en las memorias de dicha Institución en el año 1897. Más de 20 años pasaron para que fuera reconocida oficialmente y el sistema tuviera un rápido y progresivo desarrollo en ese país. (2)

En abril 1942, los doctores Gustavo Baz, a la sazón Secretario de Salubridad y Asistencia, y Aquilino Villanueva, entonces director del Hospital General, fundaron la primera residencia hospitalaria de nuestro país. Ambos maestros conocían muy bien las Residencias norteamericanas. Baste recordar que el Doctor Gustavo Baz fue residente en el Augustana Hospital de Chicago con el profesor Albert Ochsner. La residencia del Hospital General fue rotatoria con preferencia a servicios de cirugía general, medicina interna y ginecología y

obstetricia. El plan tenía un año de duración y comprendía cursos intensivos de adiestramiento, conferencias culturales semanales y un curso de inglés obligatorio. (3)

La segunda residencia se fundó a fines de 1942 en el Hospital Militar e inmediatamente después la del Hospital Infantil de México, ambas por influencia del Dr. Gustavo Baz. A medida que se inauguraban nuevas instituciones, como Cardiología y Nutrición, se establecía un programa estructurado de residencia médica. (3)

En 1957 se elaboraron los primeros programas académicos para las distintas especialidades en el instituto mexicano del seguro social como primer paso para obtener el reconocimiento universitario. En 1960, en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, se incluyeron en forma permanente los cursos de pregrado y para 1966 la División de Estudios Superiores de la UNAM autorizó los primeros seis cursos de diversas especialidades a desarrollarse en el Hospital General de la Raza, hoy Unidad Médica de Alta Especialidad Doctor Gaudencio González Garza. Pugnando desde su inicio por cubrir una amplia gama de problemas de atención médica, tener disponibilidad de tiempo para el análisis de los problemas que se presentan y la integración de expedientes que reflejen el quehacer cotidiano así como la elaboración de proyectos de investigación y comités académicos de especialidades médicas. (4)

Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios en el que participan los sectores público, social y privado. Su estructura organizacional tiene como función otorgar servicios relacionados con las prestaciones económicas, sociales y médicas previstas en los regímenes obligatorio, voluntario y de solidaridad social. El IMSS se encuentra categorizado de acuerdo con el nivel de atención. En total son 1340 unidades en toda la república: 1076 son unidades de medicina familiar (UMF), 223 son hospitales regionales y generales de zona (HGR y HGZ) y 41 corresponden al tercer nivel, unidades medicas de alta especialidad (UMAE). (5)

Calidad de Vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse en la actualidad en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (6) (7)

La expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, así se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y

estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. El concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos. En los últimos 10 años las investigaciones sobre calidad de vida se incrementaron progresivamente en diferentes ámbitos del que hacer profesional y científico. (6) (7)

Entre las ciencias de la salud, los avances tecnológicos de la medicina posibilitan prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial atención en un término relativamente nuevo: Calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. (8)

La calidad de vida objetiva hace referencia a cada una de las partes observables o cuantificables en función a criterios externos, conforme a la evaluación que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social, basada en criterios propios. (7)

Definir Calidad de Vida no es una tarea fácil y por supuesto es un parámetro subjetivo, situación que complica “objetivizar” algo tan personal y tan diferente en cada individuo; no obstante, de manera simplista, podríamos decir que calidad de vida es sencillamente la resultante de los síntomas físicos y psicológicos que la enfermedad y el manejo de la misma producen en un individuo. (8)

Lo que se define como calidad de vida no tiene que ver con el ingreso económico ni con el nivel cultural únicamente, tiene que ver con el tipo de relaciones, el tipo de interfaces, que las personas tienen con su medio; por lo tanto, con el tipo de objetos y servicios que reciben, de los productos que utilizan. (10)

La calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (7)

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la

población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad o la comunidad médica en formación como es motivo de nuestro estudio. (7)

Antecedentes del Problema en México

Un médico residente es un médico que se halla adscrito por un período determinado de tiempo en un servicio, sumergido en un programa de dedicación intensiva, con el objeto de lograr un dominio completo, profundo y rápido de una especialidad. (11)

El Capítulo XVI de la ley federal del trabajo define al Médico residente como aquel profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes, para cumplir un adiestramiento en una especialidad médica. (11)

En México, los médicos residentes deben laborar ocho horas diarias más guardias, que van de las 16.00 horas a las 8.00 horas del día siguiente, tres o más días a la semana; en ocasiones este tiempo es más prolongado de lo estipulado, lo cual lleva una jornada semanal cercana a 100 horas a la semana. La legislación de la ley federal del trabajo solo hace hincapié en que la jornada laboral dependerá de las actividades propias y dictadas por la unidad receptora de residentes, lo cual resulta sumamente ambiguo y variante de una unidad a otra.

Algunos antecedentes europeos refieren del a necesidad de disminuir la jornada laboral de médico residente, un decreto de reciente publicación a la opinión pública española es la propuesta de un máximo de 79,5 horas con inclusión de las guardias de 24 horas lo cual está por regular las condiciones laborales del país ibérico. (11)

Actualmente convertirse en médico especialista es un proceso complejo que requiere arduo trabajo y si bien en cada época el sistema de residencias médicas se ha llevado a cabo como el mejor posible, es necesaria la renovación constante para mejorar las condiciones de médicos residentes, pacientes y los propios sistemas de salud. (11)

El personal de salud generalmente es más vulnerable al estrés, de ellos, son los médicos en formación los más afectados. Es evidente que los médicos residentes se ven expuestos a una elevada demanda laboral, trabajan en un ambiente caracterizado por situaciones con exceso de responsabilidad, las exigencias de los pacientes, médicos adscritos y compañeros residentes de grados superiores, las situaciones de urgencia, la impotencia para cumplir con sus obligaciones laborales y académicas sin los recursos indispensables, la competencia, la burocracia, la transición entre la preparación teórica y la práctica médica, la falta de incentivos, la inexperiencia y el enfrentamiento a situaciones desconocidas, los coloca en situaciones de estrés constante y quizás lo de mayor impacto, la inconsistencia entre las expectativas y la realidad, por lo que están expuestos a varios tipos de estrés. (12)

En la última década, el impacto de los eventos de abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento, ha cobrado creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica. Silver en 1992 acuñó el término “abuso sobre los estudiantes de

medicina” Fue el primero en sugerir que los cambios en la actitud de los médicos podrían ser resultado del trato hostil. (2)

Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que los jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto, produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Los porcentajes obtenidos en un estudio sobre el consumo de tabaco y alcohol en 190 residentes médicos estudiados indicaron que 55% fuma, 65% de los médicos residentes son consumidores de alcohol en alguna medida con patrones de consumo indicando que 41.2% son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves. El porcentaje total de consumidores de alguna droga al menos una vez en la vida fue de 23.2% sujetos, destacando el grupo de las drogas médicas, en especial de analgésicos narcóticos (7.3%) y de tranquilizantes (10.6%) así como el de anfetaminas y/o estimulantes (3.4%). (13) (14)

La escala de estrés indicó que existe un 16.4% de sujetos con alto nivel del mismo y en las correlaciones de éste con otras variables se determinó que un 47.5% de la población de médicos residentes presenta signos depresivos y existen mayores índices de depresión en el sexo femenino que en el masculino (57% y 43% respectivamente). La respuesta al grado de estrés se manifiesta con 2.8 patologías asociadas y 3.6 manifestaciones fisiológicas que afectan el estado de salud de los médicos especialistas en formación, en la esfera cardiovascular en cerca del 100%, aparato digestivo en 80%, representado como gastritis y colitis, y 65% en la esfera psicológica con manifestaciones de ansiedad, insomnio y miedo. (12) (13) (15)

Es necesario implementar programas de intervención en conjunto con los departamentos de psicología y psiquiatría para disminuir el estrés y las situaciones específicas de la comunidad médica en formación a fin de disminuir los problemas de salud descritos y presentes en el momento actual.(12) (13) (14) (15) (16)

Cuestionarios de Calidad de Vida en Salud

En los últimos 10 años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. (17)

El término "calidad de vida" pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve

afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud y son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida en salud. (19) (20)

Existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y se clasifican en genéricos y específicos, los primeros se emplean para comparar las diferentes poblaciones y padecimientos, mientras que los específicos se basan en las características específicas de un determinado padecimiento. (17) (18)

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los resultados en la atención médica (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. (21)

La experiencia para el uso del SF-36 ha sido documentada en más de 100 publicaciones. Estos publicados en 1998 y antes se han incorporado a la bibliografía actual sobre el instrumento, validando una y otra vez la efectividad del mismo. Algunos de ellos publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son

consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales de habla hispana.

(12) (14) (24) (25)

Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. (19)

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo estimado de término es de 5 a 10 minutos. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. (22)

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).

2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. Salud general: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. Función social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
7. Rol emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems). (20) (21) (22)

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. (21)

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. (21)

Subescalas del índice de salud SF-36 e interpretación de los resultados

Áreas	Nº de Ítems	Significado de los resultados	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función Física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena / excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de Salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año
Adaptada de Ware y Sherbourne (1992)			

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la decodificación de los ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”.
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). (21)

Para la asignación de puntaje el enfoque Rand es el más simple, transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran y si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. (21,23)

Una de las primeras incursiones de la aplicación de éste cuestionario es el estudio de evaluación del estado de salud realizado por Zúñiga y Carrillo en Yucatán México de dónde se desprenden las primeras desviaciones Standard tomadas en cuenta en nuestro país para pacientes y población que forma parte de los usuarios de los servicios de salud sin una patología documentada (población abierta). Estas escalas muestran una calidad de vida global de 85.18 para la población general. (18)

Población	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Servicios médicos	88.9	(13.8)	89.2	(21.6)	78.4	(18.7)	63.2	(16.7)	73.9	(15.6)	84.2	(17.4)	84.1	(25.1)	77.4	(17.2)
Hombres	91	(10.2)	89	(25.4)	82	(15.5)	61	(17.9)	77	(13.1)	85	(17.9)	84	(23.9)	77	(19.9)
Mujeres	87	(15.6)	89	(18.3)	76	(20.9)	65	(16.0)	72	(16.9)	83	(17.1)	84	(26.4)	77	(14.9)
18-24 años	90	(6.1)	83	(10.7)	63	(15.1)	56	(22.2)	85	(8.6)	79	(13.8)	78	(14.0)	73	(8.9)
25-34 años	87	(19.1)	91	(18.9)	78	(17.8)	69	(16.0)	76	(14.9)	87	(15.3)	84	(25.7)	83	(11.1)
35-44 años	90	(11.8)	91	(18.1)	77	(19.7)	63	(14.2)	72	(15.3)	84	(19.1)	82	(29.5)	76	(13.2)
45-54 años	89	(11.1)	82	(33)	87	(16.1)	60	(18.0)	76	(12.7)	84	(17.6)	87	(20.2)	77	(27.3)
55-64 años	93	(5.2)	100	(5.4)	89	(21.6)	40	(15.9)	50	(27.6)	67	(17.9)	100	(7.9)	53	(22.1)
Control	94.6	(8.6)	94.5	(15.4)	88.6	(15.4)	72.9	(15.5)	81.0	(11.6)	86.9	(15.6)	83.4	(25.1)	79.6	(13.9)
Hombres	95	(8.1)	94	(15.7)	87	(14.6)	72	(16.0)	80	(12.9)	87	(15.7)	80	(28.1)	79	(13.5)
Mujeres	94	(9.3)	95	(15.1)	90	(16.3)	74	(14.8)	82	(9.7)	87	(15.7)	87	(20.4)	80	(14.4)
18-24 años	93	(11.0)	89	(15.9)	90	(15.0)	80	(10.6)	75	(15.6)	91	(14.4)	87	(24.9)	73	(19.6)
25-34 años	96	(6.9)	95	(14.0)	88	(13.3)	74	(14.9)	79	(10.4)	87	(16.0)	76	(28.5)	79	(11.1)
35-44 años	96	(5.7)	95	(14.6)	90	(14.5)	72	(16.0)	81	(11.8)	88	(14.3)	85	(24.6)	80	(15.0)
45-54 años	90	(10.5)	96	(11.0)	88	(12.9)	71	(16.1)	83	(11.3)	84	(15.9)	90	(19.5)	79	(13.5)
55-64 años	89	(19.9)	84	(35.2)	77	(35.5)	72	(18.2)	87	(12.2)	86	(25.4)	81	(20.7)	85	(15.6)

DE: desviación estándar

MATERIAL Y METODO

Se diseñó un estudio transversal, descriptivo, observacional y abierto en los médicos residentes del ciclo lectivo 2008-2009 del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” con el propósito de determinar su calidad de vida.

Se invitó a los médicos residentes de la unidad a participar del proyecto de investigación, mediante una carta de consentimiento informado (Anexo 2). Se realizó una entrevista para aplicar el cuestionario SF-36 reproducido de su publicación por la Secretaria de salud y asistencia (Anexo 1) con tiempo libre para su aplicación.

El cuestionario SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. (21)

El tiempo estimado de término es de 5 a 10 minutos. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. (22)

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).

2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems). (20) (21) (22)

Se calificará de acuerdo con los criterios de Rand para obtener una calificación de cada uno de los participantes.

Análisis de datos.

Los resultados se registraron en una base de datos diseñada con el programa Excel Microsoft Office. Se compararon con las medias nacionales de calidad de vida en salud de acuerdo a grupo de edad y sexo.

El Análisis de la información se realizó con estadística descriptiva, Ji cuadrada, la prueba de Kruskal Wallis para evaluar significancia estadística y la prueba de correlación de Pearson, con la ayuda del programa computacional SPSS versión 16.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 353 médicos residentes en el Hospital de especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza con el cuestionario SF-36 publicado por la SSA; de ellos, se excluyeron seis médicos residentes por padecimientos de anemia crónica en estudio, lumbálgia crónica y cuatro con cefalea migrañosa.

Características Sociodemográficas

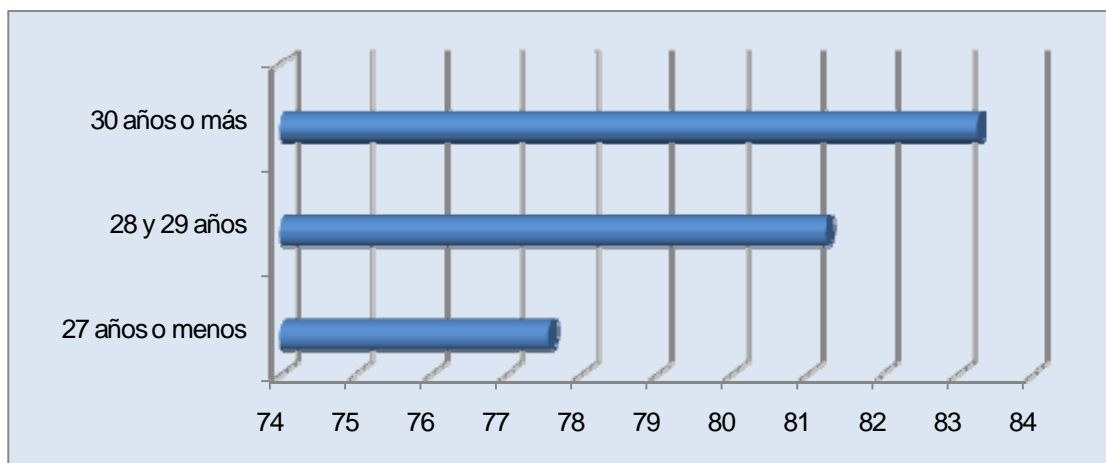
La población se integró con 347 médicos residentes; de ellos 125(36%) fueron del género femenino y 222 (64%) del masculino. La edad promedio de la población fue de 28.3 años.

Los rangos de edad y la calidad de vida de ellos se pueden ver en la Tabla 1 y Gráfica 1.

Tabla1. Características demográficas de la población encuestada

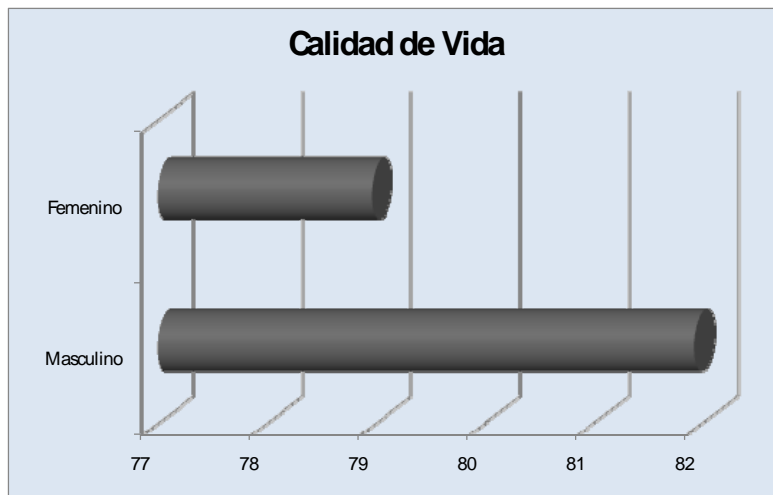
GUPOS DE EDAD	NUMERO DE RESIDENTES
27 ó menos	112 (32%)
28 – 29	150 (43%)
30 ó más	85 (25%)

Grafica 1. Calidad de vida por grupo de edad.



Por lo que se refiere al género, el masculino obtuvo 81.94 puntos al evaluar la calidad de vida en comparación con 78.97 del femenino. Grafica 2

Gráfica 2. Calidad de vida por género



Los resultados obtenidos en ésta serie referentes a la comparación de calidad de vida entre géneros fue visible en la gráfica anterior, se analizaron los datos obteniendo el valor de “p” en cada uno de los rubros del cuestionario obteniendo diferencias estadísticamente significativas en todos los rubros en la menor calidad de vida del sexo femenino contra el masculino. Tabla 2.

TABLA 2. Diferencia estadística por género en los rubros del cuestionario SF-36

ROL EVALUADO	P (Prueba de Kruskal Wallis)
Salud General	0.0001
Función Social	0.0001
Rol Físico	0.0001
Dolor	0.005
Vitalidad	0.003
Emocional	0.0001
Mental	0.0001
Transición del último año	0.003
Función Física	0.009

La distribución de los médicos residentes por grado académico fue:

Primer año 18(5%), segundo 110(32%), tercero 113 (32%), cuarto 74 (21%), quinto 29 (8%) y 10 (2%) de sexto año de curso.

Se encontraron 162 (47%) médicos residentes cursando una especialidad médica en el campo clínico y 178 (53%) en el área quirúrgica.

De los 347 cuestionarios de calidad de vida se obtuvo una media de 80.75 puntos, en la tabla 3 y las gráficas 3 y 4 se desglosa por grado académico, edad, campo de su especialidad y puntaje de calidad de vida.

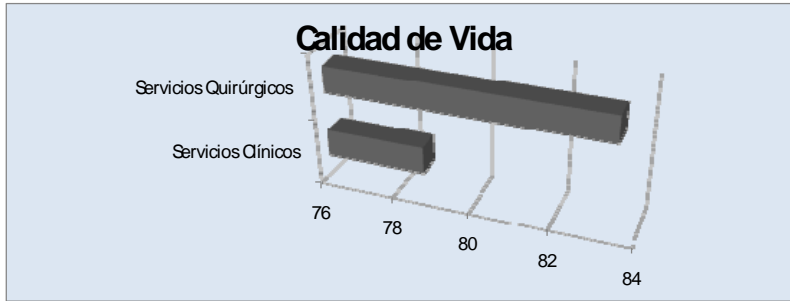
Tabla 3. Distribución de calidad de vida por grado académico

RESIDENCIA	Edad promedio	Calidad de Vida
1er Año	28.20	85.34
2º Año	27.40	74.27
3er Año	28.33	80.79
4º Año	29.28	82.25
5º Año	29.20	88.03
6º Año	30.20	88.00

Grafica 3. Distribución de calidad de vida por grado académico

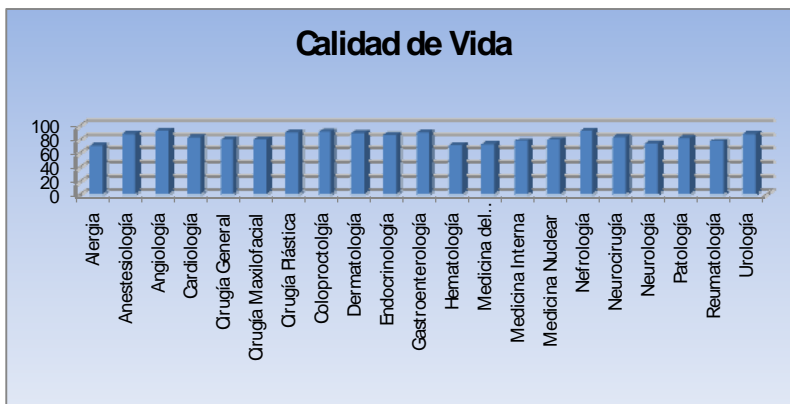


Grafica 4. Calidad de vida por campo clínico



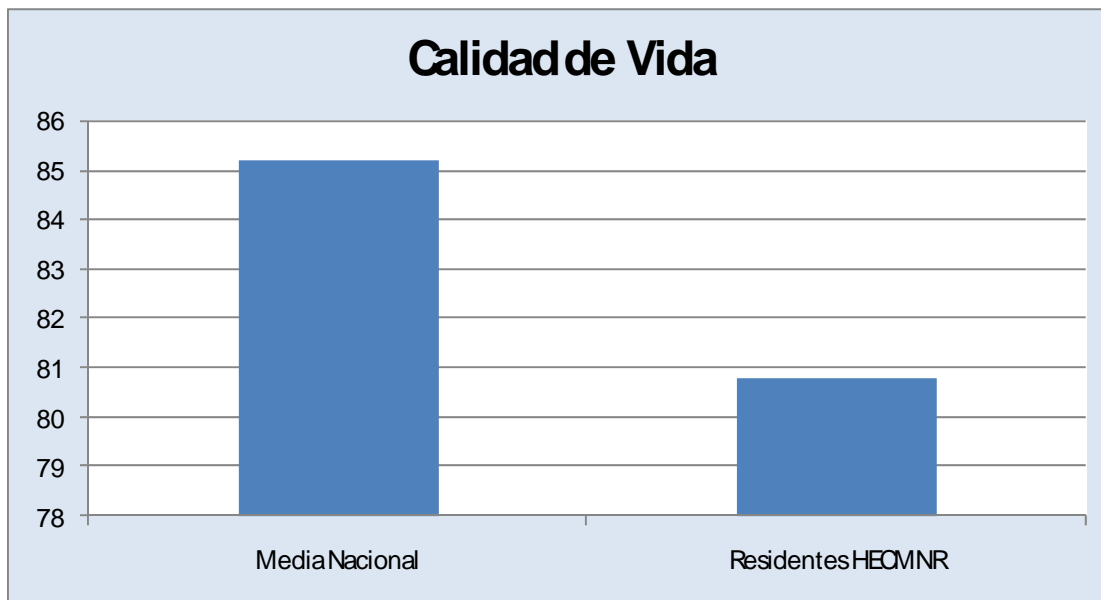
Los médicos residentes de las especialidades de angiología y nefrología obtuvieron mejor calidad de vida con un promedio de 92.7, seguidos de coloproctología con 91.7; y los que presentan menor calidad de vida fueron los de alergia e inmunología clínica con 69.87 y hematología con 70.8 puntos. Los datos completos por especialidad se muestran en la grafica 5.

Grafica 5. Calidad de vida por especialidad médica

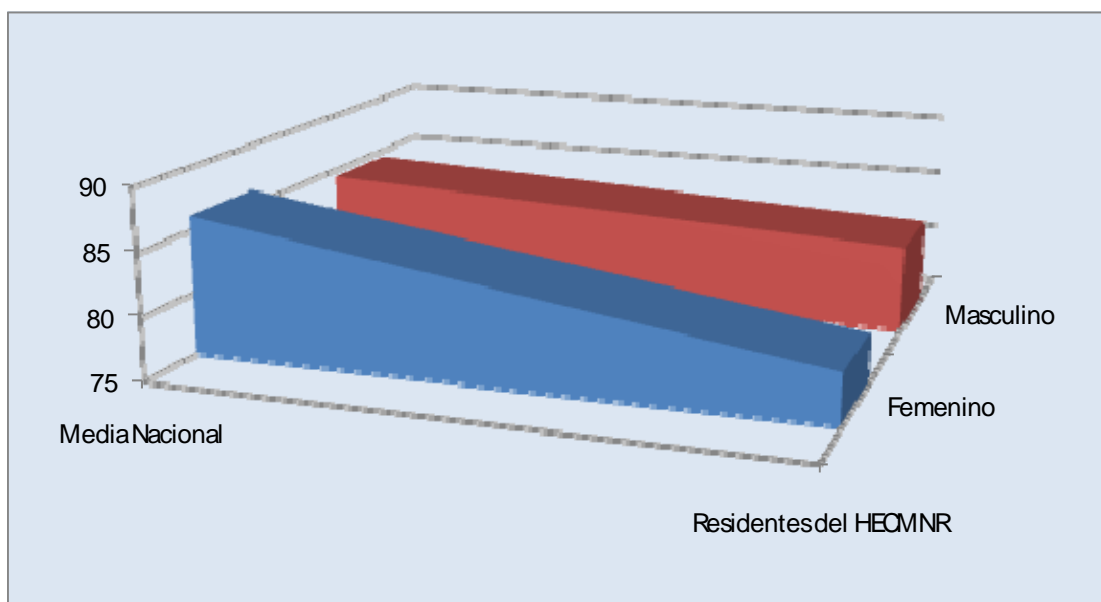


La Calidad de vida de los médicos residentes fue de 80.79 y la media nacional para población abierta comprende 85.18, las graficas comparativas se muestran en las graficas 6 y 7.

Gráfica 6. Calidad de vida en residentes y la media nacional para población abierta

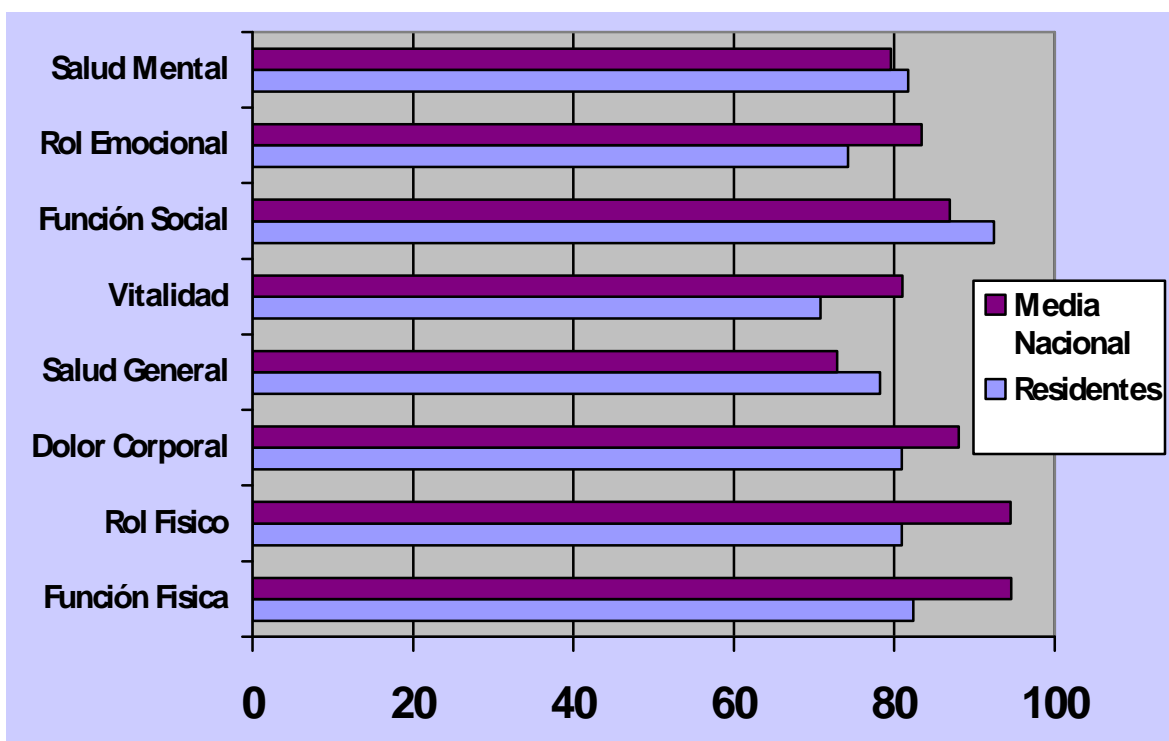


Gráfica 7. Calidad de vida en residentes y la media nacional por sexo



El cuestionario SF-36 permite determinar las dimensiones de la calidad de vida de los encuestados más afectados, los resultados en comparación con la media nacional se muestran en la grafica 8, con las puntuaciones de residentes en color azul y de la media nacional en morado.

Gráfica 8. Calidad de vida por rubros del cuestionario SF-36



DISCUSION

Teodoro Billroth a mediados del siglo XIX creó el entrenamiento para médicos en unidades hospitalarias con el propósito de lograr una especialización en medicina. La currícula se diseñó de acuerdo con el modelo educativo predominante en esta época: Tradicional o enciclopedista. Con una rigurosa selección de los alumnos, con predominio en la currícula por las asignaturas básicas como fisiología, bioquímica, patología.

En México, en la década de los cincuenta y en el Hospital General de México se iniciaron las residencias en las áreas de cirugía general, medicina interna y ginecología. En 1957 el Instituto Mexicano del Seguro Social elaboró los primeros programas académicos de las diversas especialidades médicas y en 1960 obtiene su reconocimiento por la Universidad Nacional autónoma de México.

Durante el desarrollo de la especialización médica, los médicos residentes son el personal de salud más vulnerable al estar expuestos a una elevada demanda asistencial y académica, desarrollan su trabajo en ambientes caracterizados por situaciones con exceso de responsabilidad, exigencia de los pacientes, médicos adscritos y compañeros residentes de grados superiores que afectan sus condiciones de vida, su escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (7,8,10) como se observó en nuestro estudio en donde encontramos que la calidad de vida de los médicos residentes fue menor a la calidad de vida de la población general del país. La estadística descriptiva muestra estos resultados en la tabla 4.

Tabla 4. Estadística descriptiva del estudio

ESTADISTICA DESCRIPTIVA	
Media	80.75
Moda	92.3
Mediana	66.7

Con relación con la especialidad médica se encontró una mejor calidad de vida estadísticamente significativa en los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas en comparación con los médicos residentes de las especialidades clínicas en los rubros de rol función física ($p=0.0001$), vitalidad ($p=0.0001$), salud mental ($p=0.0001$), y en transición de la salud ($p=0.0001$), sin cambios significativos en el resto de los rubros evaluados en el cuestionario de calidad de vida SF-36.

Es interesante y actualmente motivo de un protocolo de tesis de servicio social en psicología determinar los factores que influyen en la calidad de vida, situaciones como motivación, satisfacción en el trabajo, y compañerismo.

Esto puede deberse a que los médicos residentes de las especialidades clínicas representan un número mayor en comparación con los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas y se encuentran mas expuestos a factores estresantes externos expuesto en párrafos anteriores. (12)

No encontramos una alta correlación entre la calidad de vida y el grado académico. Al aplicar el coeficiente de correlación entre la duración de la especialidad médica con los rubros del cuestionario de calidad de vida SF36, el coeficiente de Pearson que se obtuvo fue de 0.2334. Consideramos que a mayor grado académico existe un mejor ajuste entre el médico residente y su entorno lo que puede suponer mayor satisfacción educativo laboral y menor carga de trabajo administrativo – asistencial. Sin embargo la correlación no es estadísticamente significativa.

En México, aún persiste la sociedad colectivista en donde la convivencia con la familia de origen y sus valores se mantiene y perdura después del matrimonio, lo que condiciona mayores responsabilidades económicas, familiares, académicas; un factor de vulnerabilidad es el género femenino por los conflictos propios del rol de mujer durante el transcurso de la especialización médica, el rol que hoy en día la mujer juega en nuestra sociedad es el de madre, esposa, ama de casa, estudiante, profesionista, etc. Situaciones que pudieran explicar el puntaje de calidad de vida que se obtuvo menor al puntaje de los hombres.

Entre los rubros evaluados dentro del cuestionario SF-36 existieron algunas correlaciones importantes por destacar, cercanas a la directa (1.0) de algunos de los rubros afectando al resto de las variables obtenidas, representativamente observadas en la tabla 5.

Tabla 5. Correlación de los rubros del cuestionario SF-36

RUBROS	Correlación (coeficiente de Pearson)
DOLOR	Salud General (0.944)
	Vitalidad (0.915)
	Emocional (0.915)
	Función Social (0.862)
	Mental (0.862)
VITALIDAD	Salud General (0.910)
	Función Social (0.818)
	Dolor (0.915)
	Emocional (0.906)
EMOCIONAL	Salud General (0.969)
	Dolor (0.929)
	Función Social (0.863)
	Vitalidad (0.906)
	Mental (0.931)

Pugno en 1981, Arenas 2006 encontraron que los médicos residentes se caracterizan por altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad e inestabilidad emocional. Lemkau en 1994, Shanafelt en 2002 y Chopra en el 2004 encontraron que el 46% de los médicos residentes presentaban indicadores de síndrome de desgaste profesional o “quemado”, hechos que pueden ser considerados como etiológicos de la alta correlación que se observó en los rubros de salud general, vitalidad, emocional, dolor y la esfera mental. (26,27)

El aspecto emocional identificado también como uno de los puntos con mayor correlación en éste estudio es actualmente motivo de protocolos dentro del servicio de psicología en nuestra institución, será necesario emprender acciones en ése ámbito de acuerdo a los resultados que estas investigaciones paralelas presenten.

Se comprobó la hipótesis de investigación porque la calidad de vida de los médicos residentes del hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza es menor a la calidad de vida de la población general de México.

CONCLUSIONES.

La calidad de vida de los médicos residentes encuestados fue de 80.75 puntos, menor a la media nacional (85.18).

No existió correlación entre el grado académico de la especialidad y la calidad de vida.

Los médicos residentes de las especialidades clínicas obtuvieron una calidad de vida inferior a los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas.

El género femenino obtuvo una calidad de vida inferior en comparación con el género masculino

Los rubros del cuestionario de calidad de vida SF36 con mayor afectación fueron: Salud General, vitalidad, Emocional, Dolor y el Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cano - Valle, F. "Relación de las instituciones de salud con los estudios de especialidades en las universidades". En Omnia. Revista de la Coordinación General de Estudios de Posgrado 1988; 10: 39-44.
2. Consejo y Chapela C, Viesca C. Etica y Poder: formación de residentes e internos. Rev. Med. IMSS 2005. 43: 1; 1-3
3. Quijano - Pitman, F. y Fernández - Alonso, M.E. "Apuntes sobre la historia de las especialidades en México". Rev. Med. IMSS 1994; 32: 391-4.
4. Onofre - Muñoz H. Ceremonia por el cincuentenario del hospital general del centro médico nacional la raza. Rev. Med. IMSS 2004; 42: 461-4
5. Reyes - Shingematsu L, Rodriguez - Bolaños R, Jimenes JA, Juarez _ Marquez SA, Castrio - Rios A, Hernandez - Avila M. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto mexicano del seguro social. Salud Pública de México, 2006; 48: 47-65
6. de Vet Henrica, Terwee C, Ostelo R, et al. Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change. Health and quality of life outcomes 2006; 4: 54, 1-5
7. Felce, D. y Perry. Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities 1995; 16: 1, 51-74.
8. Villegas - Caballero ME, Castañeda - Limones Rutila. Calidad de vida del paciente diabético con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev. Enferm. 1999; 7: 2, 83-87
9. Fuentes de la Peña H. Propuesta de un cuestionario de calidad de vida en pacientes mexicanos. Gamo 2005: 4; 2, 22-30

10. Terol C, López-Roig S, Rodríguez - Marín J, et al. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología* 2001; 16: 2, 111-122
11. López - Morales Ar, González - Vázquez F, Morales - Guzmán MI, et al. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev. Med. IMSS*. 2007; 45: 3, 233-242
12. Arenas - Osuna J. Estrés en médicos residentes en una unidad de atención medica de tercer nivel. *Cirujano General* 2006; 28: 103-109
13. Martines - Lanz P, Medina – Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM* 2005; 48: 5, 191-197.
14. Baptista T, Uzategui E. Substance use among resident doctors in Venezuela. *Drug Alcohol Depend.* 1993; 32: 2, 127-32.
15. De Pablo R, Suberviola J. La prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 22: 580-584.
16. Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43: 305-321.
17. Appa - Rao A, Ramachandra - Sridhar G. Quality of care: assessment. *Lipids in health disease* 2007; 6: 12, 1-3
18. Irautgi - Castillo L, Poo M, Market - Alonso I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma Vasca. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004; 78: 609-621
19. Zúñiga M, Carrillo - Jiménez G, Fos P, et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares de México. *Salud Pública Méx.* 1999; 41: 110-118.

20. Molinero L. Cuestionarios de salud. Asociación de la sociedad española de hipertensión 1998. 1; 1-5
21. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria 2005; 19: 2, 135-150
22. Alonso J. Versión Española del cuestionario de salud SF-36. Biblioteca Virtual de instrumentos de resultados percibidos por los pacientes 2007; 1: 1-4
23. Cuestionario de Salud SF-36. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y calidad. 2007; 1-6
24. Ware J. SF-36 Health Survey Update. SPINE 2000; 25: 3130-3139
25. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ. 2002; 324:1417.
26. Pugno PA, McPherson DS, Schmitting GT, Kahn NB Jr. Results of the 2002 National Resident Matching Program: Family practice. Fam Med 2002;34:584-91
27. Ramírez VJ. Mujer, trabajo y estrés. Rev Latina Salud Trab 2001;1:58-74

ANEXO 1

Cuestionario de Salud SF-36

Especialidad _____ Año que cursa _____ Edad _____ Sexo _____

INSTRUCCIONES: MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falso

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA**

Distrito Federal México a 3 de Marzo del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “Calidad de vida en médicos residentes de una unidad de Tercer Nivel” el cual se llevara a cabo entre la comunidad de médicos residentes del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”. Registrado ante el Comité local de investigación.

El objetivo del estudio es recabar información del cuestionario de salud SF-36 el cual está diseñado para evaluar la calidad de vida en la población en estudio, los resultados de éste se emplearán para intentar mejorar las condiciones de vida de los residentes.

Su participación consistirá en rellenar el cuestionario de salud SF-36, cuestionario está contemplado en forma anónima y todos los datos así como los resultados serán manejados en forma confidencial. El cuestionario se otorga a usted para su auto aplicación y sin un límite de tiempo.

Se declaran los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de su participación en el estudio, que son los siguientes:

- Tomarse unos minutos para el relleno del cuestionario de salud.
- Conocer su calidad de vida al calificar el cuestionario SF-36
- Los resultados serán manejados de manera confidencial.
- Los beneficios radican en investigar y conocer la calidad de vida en los residentes dando pautas para la mejora en las condiciones de vida.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque ésta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio son el 5534886239 (celular) y al 57821088, ext. 23117

TESTIGOS
