



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

### PSICOLOGÍA Y SALUD

#### CALIDAD DE VIDA EN MEDICOS RESIDENTES: PROPUESTA DE UNA INTERVENCION PSICOLOGICA

#### T E S I S QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA P R E S E N T A:

Areli Reséndiz Rodríguez

Jurado de Examen de Grado:

Director de Tesis: Dra. Isabel Reyes Lagunes

Comite: Dra. Rosa Patricia Ortega Andeane  
Dr. Elías Alfonso Góngora Coronado  
Dra. Lucy María Reidl Martínez  
Dra. Shoshana Berenzon Gorn



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.

## **Agradecimientos**

### **A la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM**

Es un orgullo pertenecer por tantos años a esta gran casa, mi casa de estudios, formadora de investigadores de alta calidad y seres humanos independientes. Por darme identidad y brindarme ¡¡¡mi corazón azul y mi piel dorada!!!

Gracias por darme tanto!.

“Por mi raza hablará el espíritu”.

### **Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT**

Por el apoyo económico que me permitió culminar esta investigación y obtener el grado de doctora en psicología.

### **A la Dra. Isa**

Felicidades por el esfuerzo que implica ser tutora, maestra, amiga y cómplice en este proyecto. Gracias por estar en todo momento a mi lado, guiándome y apoyándome en las buenas y en las malas. Gracias madre emérita!!!.

### **A mi Comité Tutoral**

Por sus aportaciones y tiempo dedicado al enriquecimiento de este trabajo, por ayudarme a conseguir este objetivo trascendental en mi carrera y por compartir este trayecto del camino conmigo: GRACIAS Dra. Isabel Reyes Lagunes, Dra. Patricia Ortega Andeane, Dr. Elías Góngora Coronado, Dra. Lucy Reidl Martínez y Dra. Shoshana Berenzon Gorn.

### **Al gremio médico**

A los médicos residentes que de manera desinteresada formaron parte de esta investigación. Gracias por la confianza de aquellos en los que fue inspirada, a los que sembraron la idea en mí y la vieron crecer aportando sus vivencias y perspectivas de la vida hospitalaria.

Gracias a los médicos adscritos y jefes de servicio que creyeron en el estudio.

A mis amigos médicos quienes sirvieron de conejillos de indias para este trabajo. Eternamente agradecida espero retribuirles en apoyo con ésta investigación.

### **A mi familia**

Por todo el apoyo incondicional que siempre me han brindado. Por dejarme ser y apoyarme en todo, su cariño me motivo en todo momento. Gracias papo por ser el mejor papá del mundo y apoyarme incondicionalmente en todo, a mi madre isa por ser luchona y por darme la fortaleza de no caerme ni dejarme vencer en los momentos difíciles y gracias adrián por ser mi pilar en todo momento, te quiero ñonks. Sé que con ustedes ninguna situación será difícil.

### **A mis amigos y compañeros de cubículo y generación**

Gracias por apoyarme en hacer más fácil el doctorado, por sus risas, comentarios, consejos, por su complicidad, momentos de reflexión y lucha, por su cariño y por compartir esta hermosa etapa de vida.

Gracias Fer, Cyn, Primo, Anita y Blanquita (hormiguitas), Berecita, , Jaqui, Brendis, Lalito, Vero, Annie, Cesar, Yaya, Arturo, Joaquín, Maytecita, Karito, Nelly, Marina, Noris y Mayi.

Especial dedicatoria a Jorge por haber llegado a mi vida y darme amor, luz y esperanza. Por enseñarme que todo tiene solución, eres mi motivación!!! Enterada 3-14-16.

### **A Dios**

Por haberme permitido llegar a este momento y realizar este sueño

**GRACIAS**

Quien vive por vivir sólo,  
sin buscar más altos fines,  
de lo viviente se precia,  
de lo racional se exime;  
y aun de la vida no goza:  
pues si bien llega a advertirse,  
el que vive lo que sabe,  
sólo sabe lo que vive.

**Sor Juana Inés de la Cruz**

## Resumen

Diversas y recientes investigaciones muestran que médicos residentes presentan factores que perjudican sus labores académicas y personales. Los más impactantes son: estrés, ansiedad y depresión, los cuales disminuyen su Calidad de Vida. Destaca el hecho de que son los anestesiólogos y psiquiatras la población con mayor vulnerabilidad a padecerlos. La investigación se desarrolla en tres fases. Se identificaron las problemáticas vividas por residentes anestesiólogos, posteriormente, con base en esa información, se desarrollaron y validaron psicométricamente los instrumentos culturalmente relevantes con los que se evaluaron y detectaron los elementos que integraron la propuesta de intervención cognitivo-conductual, cuyo objetivo radica en mejorar la calidad de vida de los residentes. Los instrumentos se aplicaron a 391 anestesiólogos, 61% mujeres y 39% hombres, 24 a 39 años, 68% casados y el 89% de hospitales en el DF. Se realizaron análisis descriptivos, t-Student para muestras apareadas, ANOVA, correlaciones y regresiones. Se observó que los estresores significativos fueron: mala comunicación, pensamientos suicidas, demandas laborales (legales), responsabilidad de vidas humanas y no reconocimiento de otras especialidades. El principal estilo de enfrentamiento fue directo-revalorativo. Niveles de ansiedad y depresión moderados con diferencias significativas por sexo y año de residencia. La investigación muestra que los anestesiólogos presentan estresores, ansiedad y depresión en niveles equivalentes a lo publicado internacionalmente. Los estilos de enfrentamiento acorde en lo visto en la cultura mexicana. Al mostrar problemáticas emocionales, de pensamientos y conductas, la intervención cognitivo – conductual, adaptada a los residentes mexicanos fue la elegida por sus índices de efectividad mostradas en investigaciones anteriores. Se realizó la propuesta en dos etapas: individual y posteriormente grupal.

Palabras clave: médicos, residentes, anestesiólogos, intervención psicológica, terapia cognitivo–conductual.

## **Abstract**

A variety of recent researches show that some factors are affecting resident physicians on their academic and personal areas. The factors that are impacting the most are: stress, anxiety and depression, which decrease their Quality of Life. Anesthesiologists and Psychiatrists are the most vulnerable physicians of this situation. The research is developed on three phases. It was identified the characteristics of the problems lived by anesthesiologists residents. After that information was obtained, the tests culturally relevant were developed and validated, with which some elements were detected and evaluated. Those elements were integrated to the cognitive-behavioral proposal of intervention, which object is to improve the resident's quality of life. The tests were applied to 391 anesthesiologists, 61% women and 39% men, from 24 to 39 years of old, 68% were married and 89% were from Mexico City's hospitals. It was used descriptive analyses, t-Student for paired samples, ANOVA, correlations and regressions. It was observed that the significant stressors were: bad communication, suicidal thoughts, labor demand, responsibility of human being and not being recognized by other specialties. The main coping style was the direct-revalorative. Anxiety and depression levels were moderate and significant according to their sex and residence year. The research shows that anesthesiologists have their levels of stress, anxiety and depression equivalent to the findings of other international researches. The coping styles according to Mexican culture. By showing emotional, thought and behavior problems, the cognitive-behavioral intervention adapted to Mexican residents were the most effective. The proposal was realized in two stages: an individual one and a group therapy.

Key words: physicians, residents, anesthesiologist, psychological intervention, cognitive – behavioral therapy.

# ÍNDICE

INDICE.....	I
LISTA DE TABLAS.....	III
LISTA DE FIGURAS.....	IV
LISTA DE ANEXOS.....	V
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. CALIDAD DE VIDA EN MEDICOS RESIDENTES “CVMR” .....	6
CAPITULO II. VARIABLES QUE COMPONEN LA CVMR.....	29
CAPITULO III. INTERVENCIONES PSICOLOGICAS EN MEDICOS RESIDENTES.....	51
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	67
Primera Fase: Exploración del ambiente Hospitalario .....	69
Planteamiento del problema .....	69
Método .....	69
Participantes.....	69
Instrumentos .....	70
Procedimiento .....	71
Resultados .....	72
Discusión .....	76
Segunda Fase: Desarrollo y validación psicométrica de la batería de pruebas culturalmente relevante .....	79
Planteamiento del problema .....	79
Procedimiento .....	80
Resultados .....	81
Escala Multidimensional – Mutisituacional de Estilos de Enfrentamiento “EMMEE” .....	82
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria "HAD" .....	83
Inventario de Depresión de Beck-II "IDB-II" .....	84
Lista de chequeo de estresores con intensidad.....	86
Discusión .....	90

Tercera Fase: Diseño de propuesta de intervención Psicológica.....	92
Planteamiento del problema.....	92
Método .....	92
Hipótesis.....	93
Participantes.....	94
Instrumentos .....	98
Procedimiento .....	98
Resultados.....	99
Discusión .....	119
Intervención psicológica para médicos residentes anesthesiólogos .....	126
Planteamiento del problema.....	127
<i>Objetivo</i> .....	128
<i>Escenario</i> .....	128
<i>Participantes</i> .....	128
<i>Instrumentos</i> .....	129
<i>Procedimiento</i> .....	129
<i>Estructura de la intervención</i> .....	138
Consideraciones finales.....	145
Agradecimientos .....	146
CONCLUSIONES FINALES.....	147
Limitaciones y Recomendaciones.....	154
REFERENCIAS .....	156
ANEXOS.....	169

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. TIPOS DE RESPUESTAS ANTE EL ESTRÉS. ....	16
TABLA 2. PRINCIPALES MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.....	34
TABLA 3. TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD. ....	43
TABLA 4. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN. ....	47
TABLA 5. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO SEGÚN EL DSM-IV-TR. ....	48
TABLA 6. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y SU EFICACIA.....	55
TABLA 7. DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES. ....	70
TABLA 8. CÓDIGOS Y CITAS DE PROBLEMÁTICAS Y/O EXIGENCIAS PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DURANTE LA RESIDENCIA . ....	72
TABLA 9. CÓDIGOS Y CITAS DE SALUD POSITIVA EN LOS RESIDENTES DURANTE LA RESIDENCIA. ....	74
TABLA 10. INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES BRUTOS DEL IDB-II .....	85
TABLA 11. COEFICIENTE DE REPRODUCIBILIDAD DE GOODENOUGH POR CATEGORIAS .....	88
TABLA 12. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA LISTA DE CHEQUEO DE ESTRESORES CON INTENSIDAD. ....	89
TABLA 13. MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LOS FACTORES FINALES.....	90
TABLA 14. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR SEDE HOSPITALARIA. ....	97
TABLA 15. CLASIFICACIÓN DE LOS PUNTAJES CRUDOS DEL IDB-II Y HAD. ....	113
TABLA 16. PORCENTAJE DE AFECTADOS Y NO AFECTADOS DE LOS COMPONENTES DEL IDB-II .....	115
TABLA 17. PUNTAJES PROMEDIO DEL HAD EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA. ....	116
TABLA 18. CORRELACIONES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EDAD Y AÑO DE RESIDENCIA.....	117
TABLA 19. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE 10 RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA. ....	118

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE LAS CATEGORÍAS PROBLEMÁTICAS Y/O EXIGENCIAS ANALIZADAS EN ATLAS.TI. ....	73
FIGURA 2. DIAGRAMA DE LAS CATEGORÍAS DE SALUD POSITIVA ANALIZADAS EN ATLAS.TI. ....	75
FIGURA 3. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR SEXO. ....	95
FIGURA 4. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR AÑO DE RESIDENCIA.....	95
FIGURA 5. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR ESTADO CIVIL. ....	95
FIGURA 6. EDAD MINIMA Y MAXIMA DEL TOTAL DE ANESTESIOLOGOS POR AÑO DE RESIDENCIA.....	96
FIGURA 7. COMPARACIÓN POR SEXO Y AÑO DE RESIDENCIA. ....	96
FIGURA 8. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN VIDA (RASGO) .....	100
FIGURA 9. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN LABORAL .....	101
FIGURA 10. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN PAREJA.....	101
FIGURA 11. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN ACADÉMICO .....	102
FIGURA 12. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN AMIGOS .....	102
FIGURA 13. FACTORES REPORTADOS EN LA SITUACIÓN SALUD.....	103
FIGURA 14. INTENSIDAD PROMEDIO DE LAS CATEGORIAS DE LOS ESTRESORES DE LA MUESTRA TOTAL .....	107
FIGURA 15. INTENSIDAD PROMEDIO DE LOS ESTRESORES DE LA MUESTRA TOTAL.....	108
FIGURA 16. INTENSIDAD PROMEDIO DE LOS ESTRESORES DE LA MUESTRA DE LOS R1.....	109
FIGURA 17. INTENSIDAD PROMEDIO DE LOS ESTRESORES DE LA MUESTRA DE LOS R2.....	110
FIGURA 18. INTENSIDAD PROMEDIO DE LOS ESTRESORES DE LA MUESTRA DE LOS R3.....	111

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO CON INFORMACION PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION.....	169
ANEXO 2. GUIA DE GRUPOS FOCALES.....	171
ANEXO 3. VERSION PARCIAL DE LA ESCALA “EMMEE”.....	174
ANEXO 4. VERSION PARCIAL DE LA ESCALA “HAD”.....	176
ANEXO 5. VERSION PARCIAL DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II “IDB-II”.....	178
ANEXO 6. VERSION PARCIAL DE LA LISTA DE CHEQUEO DE ESTRESORES CON INTENSIDAD.....	180
ANEXO 7. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	182

# INTRODUCCIÓN

---

El hombre es una de las formas más complejas de vida en este planeta, lucha constantemente contra todo aquello que no le permita seguir viviendo de manera saludable por el mayor tiempo posible. Desde que se tiene memoria e historia se han buscado formas de pelear contra las lesiones, enfermedades e incluso la muerte, evolucionando así de manera diferente la forma en que se le enfrenta en cada civilización.

En los tiempos modernos, la cultura y tecnología que existe para apoyar esta lucha es enorme, de tal forma que ha sido necesario que existan individuos que dediquen su vida al estudio, desarrollo y aplicación de todo esto: **los médicos con sus diversas formas de especialización.**

México es fruto de una mezcla de culturas y como tal existen diferentes formas y paradigmas de ver y tratar la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad la forma principal y oficial de tratamiento en la mayor parte del mundo es la medicina alópata académica basada en conceptos científicos y la tecnología moderna.

Los avances científicos en el conocimiento de las enfermedades han hecho posible el incremento del promedio de vida por lo que conceptos como estilo y calidad de vida cobraron más fuerza. Dentro del Sistema de Salud los esfuerzos se han centrado en un solo sector, los pacientes, dejando de lado a aquellos que están expuestos diariamente al sufrimiento, dolor y muerte de otros seres humanos. Para asegurar niveles de eficiencia dentro del hospital, se requiere que todos sus integrantes funcionen armónicamente, de forma tal que se logren los objetivos organizacionales para los cuales la institución fue diseñada y creada.

Dentro de esta organización se muestra evidencia de que en la vida hospitalaria las consecuencias del estrés se magnifican. La dinámica de trabajo típica de un hospital presenta múltiples situaciones conflictivas tanto de sus miembros como de sus usuarios, lo que afecta sistémicamente el funcionamiento del hospital y en consecuencia, determina la calidad de los servicios y obtención de los objetivos y metas institucionales.

Las personas, en general, pueden experimentar reacciones o conductas negativas ante el estrés a lo largo de su vida; la vida de los médicos es particularmente estresante debido a la demanda física, emocional e intelectual. Es importante conocer cuál es la magnitud de los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad en los estudiantes de medicina, debido a que la presencia de estas enfermedades disminuye su Calidad de Vida interfiriendo con la capacidad de concentración, de aprendizaje y el desarrollo de habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención hacia los pacientes.

En la actualidad existe una problemática en el área de la salud debido a la falta de apoyo psicológico para los que trabajan a favor de ella, lo que ha llevado a tener personal médico y de enfermería sin herramientas para hacerle frente a las exigencias naturales en su profesión; lo cual se manifiesta principalmente a nivel fisiológico, afectivo, cognoscitivo y conductual, repercutiendo especialmente en la calidad de la atención que brindan a los pacientes y familiares de éstos. Esto se puede prevenir con cambios en su estilo de vida y creencias sobre el impacto de su trabajo.

Ante estas situaciones, los médicos, enfermeras, pacientes y familiares han manifestado la necesidad de crear programas de intervención psicológica en apoyo a este sector, principalmente para disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, mejorando así su Calidad de Vida, particularmente en los médicos residentes, ya que son la población más vulnerable a esta problemática. Por otro

lado, la escasa literatura que aborde el tema de apoyo psicológico a médicos permite llevar a cabo una gran variedad de investigaciones con esta población y en ese contexto, representando una excelente oportunidad de trabajo para los psicólogos.

El principal problema es que los médicos quieren participar y ponerse en el papel de pacientes. Esto lo puede lograr el psicólogo al estar inmerso en el contexto hospitalario al realizar y exponer un trabajo con resultados óptimos en los pacientes que atiende, todo esto con la finalidad de que tengan una visión de los beneficios que se podrían lograr al realizar una intervención psicológica con ellos. Esto se ha conseguido con trabajo arduo tanto con pacientes, familiares y personal del hospital, quienes ya perciben al psicólogo como uno más del gremio.

En cuanto a las intervenciones psicológicas en el ámbito hospitalario, se ha encontrado que la mayoría giran en torno a las enfermeras por ser las que tienen mayor contacto con el paciente; así como en estudiantes de medicina debido a que aún no presentan las conductas de superioridad e inaccesibilidad a la postura de “pacientes” como lo muestran los residentes y más aún sus jefes.

Todo lo anterior justifica plenamente la importancia que reviste el preservar la salud de este personal, porque su misión, en cuanto a procurar salud y bienestar del ser humano, es primordial en términos humanitarios, sociales y también económicos del país. El asegurar condiciones satisfactorias de salud personal y vida laboral de estos profesionales les permitirá desempeñar su actividad profesional de una manera más oportuna y efectiva.

Es importante comentar que ésta investigación gira en torno a conocer qué le estresa a los médicos mexicanos, cómo lo evalúan y porqué se manifiesta en ansiedad y depresión principalmente; además de, conocer las características de aquellos que presentan adecuados niveles de éstas manifestaciones psicológicas presentándose en salud mental y atención adecuada a los pacientes. Contar con instrumentos culturalmente relevantes fue parte crucial para la adecuada medición

de los niveles de éstas variables (estrés, ansiedad, depresión y estilos de enfrentamiento). Esta información se utilizó para diseñar una intervención psicológica adecuada a las necesidades específicas de ésta población y al contexto hospitalario, todo esto para el desarrollo de un sistema de salud de calidad a través de la mejora en la Calidad de Vida de sus emisores, los médicos.

Para lograr lo anterior, la presente tesis, se divide en tres capítulos y una investigación compuesta por tres fases con el fin de mostrar la importancia de realizar una intervención psicológica en médicos residentes, específicamente en los anesthesiólogos.

El primer capítulo presenta la trayectoria que debe transitar el médico para obtener el grado de especialista, las variables que influyen en su jornada como estudiante durante su residencia médica, las cuales pueden disminuir su calidad de vida y la calidad en la atención que brinda a los pacientes; así como, el impacto que tienen éstas variables en cada una de las especialidades médicas y las diferencias por sexo y estado civil que han mostrado investigaciones anteriores.

En el segundo capítulo se describen las principales variables que componen la Calidad de Vida en Médicos Residentes (CVMR); siendo el estrés, ansiedad y depresión las principales. Se presentan los estilos de enfrentamiento para conocer la forma de evaluar los factores estresantes e identificar las habilidades y déficits presentes en los residentes y así proponer una intervención psicológica que las modifique adecuadamente.

En el capítulo tres se desglosan las principales intervenciones psicológicas que se han realizado en médicos; los beneficios que se han obtenido y cuáles han sido las más efectivas en ésta población.

En la sección del método se desglosan las tres fases que conformaron ésta investigación: exploratoria, adaptación, construcción y validación psicométrica culturalmente relevante de los instrumentos y la propuesta de intervención

psicológica. Se presentan los principales resultados y se llega a la conclusión de que existen un número creciente de mujeres que se está incorporando a la residencia médica, los residentes de los primeros años son los más vulnerables a padecer estrés, ansiedad y depresión, siendo las mujeres (médicas) las que padecen mayores niveles; mientras que, los casados tienen los puntajes mínimos. En cuanto a los estilos de enfrentamiento se encontró que el principal estilo utilizado fue el directo – revalorativo. Las principales afecciones se mostraron en el ámbito cognoscitivo y conductual por lo que el diseño de la intervención psicológica se realizó con éstos componentes.

Nunca se pretendió cambiar el contexto, por el contrario, el objetivo principal de la intervención gira en torno a modificar la manera de percibir la residencia, de enfrentar las situaciones problemáticas de manera funcional y actuar en función a éste cambio cognoscitivo.

## CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES

---

En la historia de la humanidad el ser humano es la forma más compleja de vida dentro de este planeta, lucha constantemente contra todo aquello que no le permita seguir viviendo de manera saludable por el mayor tiempo posible. La cultura y la tecnología actual apoya esta lucha, de tal forma que ha sido necesario que existan individuos que dediquen su vida al estudio, desarrollo y aplicación de todo esto: los médicos con sus diversas formas de especialización.

México es fruto de una mezcla de culturas y como tal existen también diferentes formas y paradigmas de ver y tratar la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad la forma principal y oficial de tratamiento en la mayor parte del mundo es la medicina alópata académica basada en conceptos científicos y la tecnología moderna.

La mayor parte de los mexicanos cuenta con conocimientos y equipamiento limitado para luchar por sí solos contra los procesos mórbidos y depende totalmente de los médicos tanto en su forma institucional como particular.

México es un país que cuenta con más de 112,336,000 de habitantes (INEGI, 2010), quienes presentan durante su vida un número importante de procesos mórbidos. Para citar algunos ejemplos, se diagnostican al año por cada 100,000 habitantes hasta 22,000 casos de infecciones respiratorias agudas, 497 de hipertensión arterial, 376 de Diabetes Mellitus y 78 casos de accidentes automovilísticos que requieren de atención médica de urgencia (DGEPI, 2007).

En este marco de trabajo, es en el médico residente en quien recae la realización de todo un proceso mediante el cual la enseñanza teórica recibida durante su formación previa se convierta en aprendizaje a través de la experiencia clínica. El desarrollo de la aptitud clínica implicará la puesta en práctica de capacidades de reflexión y observación clínica, discriminación entre diferentes alternativas, elección, decisión y criterio propio ante situaciones problemáticas (Mingote & Gálvez, 2007).

Uno de los principales motivos por los que la tarea de la enseñanza de la medicina recae en los médicos residentes es la situación económica del país, que no le permite a las instituciones del estado contar con el número de médicos especialistas de base necesarios para la atención de los pacientes. Ante esta situación no es de extrañarse que la mayor parte del trabajo hospitalario recaiga en los residentes siendo los de mejor jerarquía quienes se encuentren presentes durante largos periodos de tiempo (Morrison & Hafler, 2000).

### ***Obtención del grado de Médico Residente***

La formación académica de un médico en nuestro país consta de 2 años de formación teórica en aulas, 2 años de formación clínica en hospitales, 1 año de internado médico y 1 año de Servicio Social en la comunidad. Después de estos 6 años y la aprobación del examen profesional se obtiene el título de Médico General. De manera opcional puede realizarse un curso de especialización médica que abarca entre 3 y 5 años dependiendo del área de residencia que se escoja. Después de la especialización existe todavía una gran variedad de cursos de posgrado en los que pueden invertirse más años de formación.

Dentro de las actividades académicas de especialización, el médico Residente obtiene el grado a través del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), aprobado por el Consejo Universitario en 1994, el cual se encuentra

regido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la cual reconoce actualmente 74 cursos de especialidades inscritos en el PUEM en 77 sedes hospitalarias (Aréchiga, Ruíz, Durand, Sánchez & Gracia, 2000).

Están afiliados al PUEM la mayoría de los hospitales de tercer nivel y tanto la matrícula como el número de cursos se concentran principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), aunque también participan la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el sistema de hospitales de PEMEX, la Cruz Roja, el DIF y varios centros hospitalarios privados. La mayoría de los cursos se imparten en el Distrito Federal pero hay sedes en algunos estados de la República.

Para ingresar a los programas de especialidad médica se requiere presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas, al que cada año se presentan un total aproximado de 24,000 alumnos; sin embargo obtienen lugar en especialidades de entrada directa 6,000 alumnos aproximadamente, quedándose sin lugar un número considerable de estudiantes.

Las especialidades de entrada directa son las siguientes: Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Comunicación: Audiología y Foniatría, Epidemiología, Genética Médica, Ginecología y Obstetricia, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina de Rehabilitación, Medicina del Trabajo, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Patología Clínica, Pediatría, Psiquiatría, Radiología e Imagen y Urgencias Médicas.

La mayor parte de los cursos y las matrículas más numerosas corresponden a las cuatro especialidades troncales (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia).

Todos los cursos del PUEM son de residencia hospitalaria con dedicación exclusiva. Cada programa establece el temario así como la bibliografía esencial y la mayor parte de los créditos (85%) es para la práctica supervisada y el resto a los seminarios de educación e investigación (Aréchiga et al., 2000).

Dentro de la residencia o cursos de especialización existe un fenómeno que las instituciones educativas conocen pero no han establecido un código para eliminarlo: la violencia o maltrato en el proceso de la educación médica. La detección del maltrato es un problema complejo, ya que la información llega en forma tardía o tergiversada, pues las estrategias para conseguir la información son complejas

Normalmente se da entre estudiantes de medicina de pre y posgrado; sin embargo, también existe el abuso por parte de profesores. Principalmente son del tipo físico, sexual, emocional y negligencia. Otras clasificaciones incluyen el tipo, severidad, frecuencia y cronicidad de los eventos (Mejía, Diego, Alemán, Maliandi & Lasala, 2005).

Las leyes universitarias, proyectos de normas como la NOM-001-SSA3-2007 para la organización y funcionamiento de las residencias médicas que limitan las horas de trabajo del residente; o bien, la ley federal de responsabilidades de los servidores públicos, apoyan el respeto y equidad de trato entre los miembros del personal de salud y los pacientes. A pesar de que existen estas leyes que protegen al residente, se tiene la convicción de ser el mejor modelo de aprendizaje (Martín, 2008).

En este contexto y con este tipo de formación académica no es de extrañarse que los médicos residentes presenten deterioro en su Calidad de Vida.

### ***Historia de la Calidad de Vida***

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente y en el caso de la Calidad de Vida en Médicos Residentes ni siquiera ha sido explorada.

Las primeras investigaciones en hablar sobre la Calidad de Vida estaban vinculadas a factores económicos y sociales (Andrews & Withey, 1974; Campbell, Converse & Rodgers, 1976), en donde si se veía la existencia de un cambio positivo en alguna de esas áreas (por ejemplo que el sujeto encontrara empleo) era típicamente visto como una consecuencia o un indicador de mejoría o significancia clínica. No obstante, se ha comprobado que la riqueza de los pueblos no incrementa la Calidad de Vida de los mismos (Biswas-Diener & Diener, 2006; Diener, Oishi & Lucas, 2003), por lo que este término debería involucrar tanto aspectos objetivos (materiales) como subjetivos (amor, felicidad y bienestar).

Se ha visto que el estudio de la Calidad de Vida históricamente se ha abordado desde tres perspectivas diferentes a través de todo el tiempo que se ha intentado investigar (Schuartzmann, 2003):

- 1.- Investigaciones sobre la felicidad (proveniente de la tradición psicológica) cuyas aportaciones derivaron en el diseño e investigación de cuestionarios que evalúan el “bienestar subjetivo” (Diener et al., 2003).
- 2.- Investigación de indicadores sociales (proveniente de las ciencias sociales) centrándose en los determinantes económicos y sociales del bienestar.
- 3.- Investigaciones en el área de Salud donde se habla, en inicio, de la funcionalidad de los pacientes y su bienestar general, evolucionando en la

década de los 50's haciendo hincapié en la satisfacción personal de cada individuo centrándose más en la parte objetiva que en la subjetiva, dando así lugar al término Calidad de Vida. Este concepto se aceptó por primera vez en el "*Index medicus*" en 1977 y, a partir de ahí, se han desarrollado múltiples cuestionarios e instrumentos que intentan medirla (Bobes, González, Bougoño & Suárez, 1993; Levi & Anderson, 1980).

En cuanto a la investigación sobre salud física y mental, el constructo "Calidad de Vida" emerge como una variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas debido al creciente interés en evaluar la significancia de los tratamientos clínicos para determinar si fue exitoso y en qué grado (Katsching, 2000; Kendall, 1999); esto es, conocer si la intervención provoca una diferencia real genuina y palpable (Kazdin, 1999). Dicha intervención aplica al tratamiento pero, también, puede extenderse a la prevención, educación y rehabilitación.

Claramente Calidad de Vida significa diferentes cosas para diferentes personas reflejando el propio punto de vista particular de cada una de ellas.

Dentro de las más aceptadas por llegar a un consenso internacional se encuentran la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde contempla la percepción subjetiva de los agentes de salud y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos, reportando que la Calidad de Vida "es la percepción de los individuos de su situación en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y de las reacciones con sus objetivos, metas, expectativas, estándares e intereses, afirmando que la Calidad de Vida no es igual al estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de éste y otros conceptos de la vida" (Harper y Power, 1998, p. 551).

De igual forma la propuesta por la APA (2007) se encuentra aceptada por la mayoría de los psicólogos y menciona que la Calidad de Vida es el grado en que una persona obtiene satisfacción de la vida. Toma en cuenta los siguientes factores importantes para una buena Calidad de Vida: Bienestar emocional, material y físico; la participación en relaciones interpersonales; tener oportunidades para el desarrollo personal; ejercer los propios derechos y toma de decisiones de vida autodeterminadas; así como, el tener participación dentro de una sociedad.

La “*International Society for Quality of Life Research*” ISOQOL (2008) reporta que existen ideas básicas a considerar sobre la Calidad de Vida en caso de querer hacer investigación con ésta variable:

- 1.- Es un concepto multidimensional; es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello va a depender de la finalidad del estudio,
- 2.- Es un fenómeno que se afecta tanto por enfermedad como por tratamiento,
- 3.- Debe reconocerse que hay maneras de medirla en cantidad y en calidad,
- 4.- Es una experiencia subjetiva y se espera gran variabilidad,
- 5.- Los instrumentos para medirla deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente.

Ante estas situaciones es importante acentuar las implicaciones que conlleva el tener una definición de Calidad de Vida en una población específica. Se deberá contar con aquellos aspectos que la disminuyen o la aumentan, por lo que habrá que revisar qué es lo que determina el que los Médicos Residentes presenten o no Calidad de Vida.

### ***Variables que influyen en la Calidad de Vida del Médico Residente***

En la última Encuesta de Salud Mental se reportó que los trastornos más frecuentes en la población general fueron los de ansiedad, uso de sustancias y trastornos afectivos. Siendo los hombres los que presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres. Particularmente, las mujeres presentan una mayor frecuencia de fobias y de episodios depresivos mientras que los hombres presentan mayor frecuencia de trastornos con el abuso y dependencia al alcohol y con la conducta; siendo la edad de inicio de los trastornos afectivos a los 17 años mientras que los de ansiedad a los 15 (Medina Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleis, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova & Aguilar Gaxiola, 2003).

En ambientes hospitalarios las investigaciones giran en torno a los pacientes por obvias razones; sin embargo, en los médicos también existen variables que pueden influir en su **Calidad de Vida**.

Se entiende por variables que influyen en la **Calidad de Vida de los Médicos** las principales fuentes de **estrés** desde el inicio de la carrera, **ansiedad**, **depresión**, cansancio, desconexión emocional, aislamiento, desgaste ocupacional “*burnout*”, alta rotación laboral, ausentismo, problemas familiares y sociales (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete & Pérez, 2005; Bruce, H Conaglen & J Conaglen, 2005; Palmer, Prince & Searcy, 2007). Todo esto conduce a enfermedades físicas, alcoholismo y adicciones (Martínez Lanz, Medina Mora & Rivera, 2005).

En México, la atención de las enfermedades la llevan a cabo 200,000 médicos. Tan solo en el DF existen aproximadamente 4,800 médicos generales; 14,000 especialistas; 6,700 médicos en formación y 1,270 médicos en proceso de especialización (CIFRHS, 2005).

Estas estadísticas muestran una gran fuente de estrés para los médicos: el atender una gran variedad de enfermedades y una gran cantidad de pacientes con pocos recursos materiales, económicos y de tiempo. Estos estresores implican un desajuste entre el médico y su ambiente.

Estas fuentes de estrés han sido estudiadas desde la década de los 70's señalando la presencia de desgaste, depresión y suicidio en médicos internos (Friedman, Kornfeld & Bigger, 1973; Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin & Deeks, 2001; Vaillant, Sobowale & McArthur, 1972).

Posteriormente, la privación de sueño cobró gran interés (Davis, 1981; Mingote, Moreno & Gálvez, 2004) destacando el riesgo que supone la falta del mismo para la salud del profesional, para su desgaste emocional, para el incremento del riesgo de accidentes laborales y, en definitiva, para la calidad del trabajo asistencial y del trato a los pacientes; así como la presencia de problemas psicológicos durante la residencia (Kutcher, 1984).

Estos profesionales trabajan en situaciones de desgaste constante entre ellos, el estrés del paciente y la familia, con sus colegas y personal técnico y con la organización hospitalaria.

Durante el desempeño de su actividad profesional se ven expuestos a tratar enfermedades y traumatismos severos, lo cual añade otra dosis de presiones que pueden exacerbarse debido a que se espera que permanezcan fríos, controlados y calmados y que sean objetivos en su desempeño, mostrando a la vez compromiso e involucramiento emocional en su papel; es decir, no les es permitido mostrar signos de estrés (Molina, García, Alonso & Cecilia, 2003).

Además, en los profesionales especializados, se evalúan sus habilidades y competencias constantemente, ya que las consecuencias de sus acciones son visibles y las repercusiones de sus errores son enormes en términos de la salud y vida de los pacientes, así como en los familiares involucrados. De aquí que la

responsabilidad asumida para con los pacientes sea una de las más importantes fuentes de estrés debido a que la presión del trabajo que soporta deteriora la calidad de la asistencia que presta y puede inducir a cometer errores médicos (Caplan, Cobbbs, French, Van Harrison & Pinneau, 1975; Molina, García, Alonso & Cecilia, 2003).

El estrés es parte innegable de la residencia y puede producir efectos deseables como tolerancia, autoconfianza y madurez (Levey, 2001); puede estimular la adquisición de conocimiento y habilidades mientras que el deterioro puede definirse como un estado en el que la habilidad del residente para cuidar de sí mismo o de otros (pacientes) se ve impedida a causa del estrés, trastornos emocionales y/o abuso de sustancias (Bennett & O'Donovan, 2001; Kahn & Addison, 1992; Skipper, Fletcher & Rocha Judd, 2004).

La evidencia sugiere que ciertos individuos adscritos al área de salud, al igual que otras profesiones y ocupaciones, están expuestos de una manera creciente a niveles inaceptables de estrés relacionado con el trabajo, poniendo de manifiesto una situación preocupante en la atención primaria que no solo afecta la Calidad de Vida de los profesionales, sino que también compromete la calidad y eficiencia de la asistencia que en ella se presta (Buguera, Gurí, Arteman & Valldosera, 2001; Molina et al., 2003; Sutherland & Cooper, 1990).

Esta falta de ajuste entre la persona (médico) y el entorno (Ver Tabla 1) conduce a diversos tipos de respuestas, ya sean a nivel psicológico, fisiológico o conductual (Arenas, 2006; Bennett & O'Donovan, 2001; Broquet & Rockey, 2004; Martínez Lanz et al., 2005):

*Tabla 1.*  
*Tipo de respuestas ante el estrés*

Nivel	Alteraciones
Nivel Psicológico	Insatisfacción laboral, ansiedad, quejas o insomnio.
Nivel Fisiológico	Presión sanguínea elevada o incremento del colesterol.
Nivel Conductual	Incremento en las conductas vinculadas con fumar, ingerir bebidas alcohólicas, adicciones, automedicación incontrolada o suicidio.

Se ha investigado que las especialidades con mayor riesgo en el abuso de sustancias son Psiquiatría, Anestesiología, Emergencias y Enfermeras en servicios con niveles de estrés elevados (Bennett & O'Donovan, 2001).

Específicamente en el ambiente hospitalario existen diversas fuentes de estrés que son determinantes en el buen funcionamiento de la institución, en tanto que facilita la recuperación de los pacientes y las actividades del personal, así como la posibilidad de brindar una estancia confortable. Los principales aspectos estresantes de tipo ambiental en hospitales son cuatro: confort físico (temperatura, ruido, iluminación, etc.), contacto social, orientación y señalización, y significado simbólico (Ortega, Mercado, Reidl & Estrada, 2005; Reizenstein, Grant & Simmons, 1986).

En cuanto a la relación de estrés y formación académica se ha observado que, desde los grados preescolares hasta la educación universitaria, cuando un individuo está inmerso en un periodo de aprendizaje, experimenta tensión, **ansiedad** y **estrés**. Esto se ve igualmente en los cursos de especialización médica ya que el incremento en la carga de trabajo asistencial, las largas jornadas de trabajo y el ambiente laboral degradado son aceptados por los alumnos de manera irrefutable, jerárquica y bajo la ideología de ser el mejor método tradicional

de aprendizaje médico, dejando al personal de salud vulnerable al estrés (Viniegra, 2005).

De igual forma se observa que, dependiendo de la posición ocupada en los distintos niveles jerárquicos o diversas funciones hospitalarias, ciertos estresores son percibidos diferencialmente como significativos; por ejemplo, es sabido que si el estrés no es manejado convenientemente, pueden aumentar también sus niveles de una manera severa a medida en que aumentan las responsabilidades (Sutherland y Cooper, 1990).

El estrés percibido puede provocar, en algunos casos, estados anímicos caracterizados por una actitud de pasividad e indolencia y de falta de colaboración en el trabajo de equipo. En estos casos, es evidente que el nivel de satisfacción es bajo y por lo tanto la actividad profesional se ve severamente amenazada, lo mismo que la propia salud en ocasiones, incluso la vida de los pacientes.

Este aprendizaje médico tradicional cuenta con diversos factores de riesgo para el individuo que decide llevar a cabo una educación médica, y más aún, para aquel que llega a ingresar como residente a la especialización, poniendo en riesgo su desempeño profesional viéndose seriamente afectado ya que, en ocasiones, pueden presentar expresiones conductuales y actitudes no esperadas, las cuales ponen en riesgo su situación personal, familiar y la profesional. Estos factores de riesgo psicosocial, pueden ser, intrínsecos o extrínsecos a su práctica profesional (Escribà & Bernabé, 2002a).

Dentro de los más reportados por el personal médico se encuentran (Arenas, 2006; Arnetz, 2001; Escribà & Bernabé, 2002a; Goldberg, 1972; Hernández, González, Fernández & Infante, 2002; Lorin, Rho, Wisnivesky & Nierman, 2006; May y Revicki, 1985; Porter, Howie y Levison, 1987; Ramírez, Gram, Richards, Cull & Gregory, 1996; Sutherland & Cooper, 1990; Vasconcelos, 1982):

- Sobrecarga de trabajo laboral y académica.
- Hostigamiento.
- Insatisfacción profesional.
- Sentimientos de responsabilidad de vidas humanas.
- Incertidumbre en la práctica médica.
- Probabilidad de ser demandado por mala práctica.
- Cometer errores.
- Contacto frecuente con sufrimiento y muerte.
- Transmitir malas noticias.
- Escasez de recursos y personal.
- Enfrentar enfado y estrés de los familiares de pacientes.
- Situaciones de urgencia.
- Exigencias de médicos adscritos y compañeros residentes de grado.
- Relacionarse con médicos reconocidos o en posición jerárquica de poder.
- Relaciones con pares en situaciones de crisis.
- Competencia.
- Relaciones con la administración.
- Falta de tiempo para la dedicación a otras actividades del tipo personal o social.
- Interferencia del trabajo con la vida familiar.
- Percepción de ser poco remunerado o falta de incentivos.
- Salario percibido como insuficiente.
- La ocurrencia de eventos importantes en la vida del residente (matrimonio, nacimiento de un hijo, muerte o enfermedad grave en la familia) exacerban el estrés relacionado al trabajo (Taylor, Sinclair & Wall, 1987).

Es en esta época cuando suceden diversos acontecimientos vitales para el residente, principalmente en el estilo de vida, que aumentan sus niveles de estrés

como: cambio de domicilio o lugar de residencia, pérdida del apoyo familiar, social y económico, formación de pareja e hijos, dificultades económicas y/o incertidumbre acerca del futuro, entre otras (Pino, 1996).

Dos de las fuentes de estrés más reportadas por los residentes son la privación de sueño e insomnio que puede llevar a problemas para pensar, afecto inapropiado, irritabilidad, depresión, déficit en la memoria reciente y despersonalización (Asken & Raham, 1983; Goldhamer & Farine, 1985) y el contacto frecuente con el sufrimiento y la muerte lo cual los lleva a utilizar términos médicos o diagnósticos en lugar del nombre del paciente, deshumanización, presentar enojo por las conductas del paciente a no adherirse: “a no quererse curar”, racionalizar el hecho de estar para curar a los pacientes, no para hablar con ellos y enterarse de su vida privada (esto es porque no saben qué decirle a los pacientes), uso del humor acerca de lo que les salió mal o dejaron de hacer y hablar con compañeros son algunas de las estrategias de enfrentamiento que utilizan los médicos ante la muerte (Schulman–Green, 2003).

Estos factores son fuente de estrés desde el inicio de la carrera y acompañan al médico durante toda su práctica profesional, influyendo de manera negativa en su salud y Calidad de Vida. Las principales manifestaciones son: **estrés, ansiedad, depresión** (Aranda et al., 2005; Bruce, et al., 2005; Martínez Lanz et al., 2005).

Existe una clasificación de estresores comunes a los que se enfrenta el médico Residente realizado por el comité de servicio de residentes de la Asociación de Directores de Programas de Medicina Interna (Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine, 1988), quien los dividió en tres categorías:

- 1.- Situacionales: Carga de trabajo, privación de sueño, responsabilidades administrativas, pacientes difíciles y pobres ambientes de aprendizaje.

2.- Personales: Familia, deudas educacionales, problemas económicos, aislamiento y problemas psico-sociales, cambio de residencia dejando a familias y amigos y un tiempo limitado para relajarse.

3.- Profesionales: Responsabilidad por el cuidado del paciente, supervisión de estudiantes de medicina o residentes de menor grado, pacientes difíciles o problemáticos, sobrecarga de información y cuestiones de planeación de carrera.

Se ha comparado el nivel de estrés de los residentes con el de otros profesionistas y los primeros presentan mayores niveles debido a los aspectos de la formación que limitan el tiempo libre e interfieren con el apoyo social como: las guardias (Adler, Werner & Korsch, 1980), rotaciones por servicios de urgencias, sobrecarga de trabajo, burocracia, fracasos terapéuticos, el contacto con pacientes terminales o conflictivos, relación con familiares angustiados, apoyo insuficiente de los superiores y la competitividad entre compañeros. Esto solo se ha comparado con los controladores aéreos (Schwartz, 1987).

Particularmente, los médicos que no se percatan de los factores de riesgo psicosocial (factores estresantes laborales) tienen más probabilidades de ser negligentes con los pacientes, tanto médica como psicológicamente y realizar errores de juicio. Las quejas constantes de los usuarios, quienes reportan un trato frío e impersonal en los servicios recibidos son un importante indicador de estrés; la despersonalización de los servicios puede ser y de hecho es, un síntoma de disfunciones organizacionales severas dentro de los sistemas de salud (Arnetz, 2001; Escribà & Bernabé, 2002a).

Los estudios acerca del estrés se han enfocado, además de resaltar los **estilos de enfrentamiento** de las personas (Murphy, 1988), a propiciar cambios a nivel de la organización, como sería entre otros, el involucrarse en la toma de decisiones (Levy, 1990; Sutherland & Cooper, 1990).

***Variable “sexo” influye en la calidad de vida de médicos residentes: La mujer en la educación médica***

En el siglo XIX inicia la presencia femenina en las escuelas o facultades de medicina. Anteriormente solo figuraban como parteras sin educación formal o enfermeras, siendo hasta 1833 cuando obtuvieron el reconocimiento oficial de la Escuela de Medicina de la Ciudad de México como parteras certificadas (Alvarado, 2001).

En 1883 se registró la primer mujer mexicana, Matilde Montoya, en la carrera de medicina cuando había unos 250 alumnos inscritos en la carrera médica de la Escuela Nacional de Medicina. Esta conducta fue vista como una osadía, como una irrupción en el terreno masculino, lo cual influyó en que sus prácticas las realizara en el Hospital Juárez, uno de los más traumáticos del momento, ya que en éste, se atendían heridos, lesionados, presos, leprosos y tifosos; razón por la cual era el menos solicitado por los practicantes. En 1886 se titula con una tesis enfocada a la microbiología dedicándose a la consulta privada para señoras y niños en la ciudad de México. En 1912 la matrícula femenina aumento a cuatro de un total de 361 alumnos inscritos en la Escuela Nacional de Medicina (Alvarado, 2001).

Un siglo después de que la Dra. Montoya superara una serie de obstáculos, críticas y protestas, y de que mostrara su constancia, voluntad y dedicación, abriendo el camino de la ciencia médica a la mujer mexicana, las cosas han cambiado gradualmente por lo que el registro de mujeres en las escuelas de medicina ha ido en ascenso.

Específicamente en la facultad de medicina de la UNAM en 1980 la matrícula inscrita era de 34% alumnas y 66% alumnos. En los siguientes años decreció la proporción de hombres y aumentó la de las mujeres, siendo en el 2010

una población mayoritariamente femenina (64%) en contraste con la masculina (36%). A nivel mundial se están dando fenómenos similares (CIFRHS, 2005; INEGI, 2010).

Este aumento en la matrícula femenina en la carrera de medicina ha sido un fenómeno mundial; de igual forma, el aumento de las mujeres que salen de la carrera de médico general que pretenden cursar una especialización. Sin embargo, se está presentando una situación sexista de manera interna en las residencias debido a que existen especialidades con tendencias masculinas y especialidades vistas como femeninas. Estos desafíos siguen en la actualidad en donde vemos una matrícula de 85 hombres de cada 100 inscritos en la residencia de cirugía general; mientras que, en la de ginecología y obstetricia el 71% es femenino (CIFRHS, 2005).

Estas son algunas dificultades que se tendrás que vencer a fin de alcanzar una situación de respeto y libertad, donde médicos, hombres y mujeres, hagan aportes a la ciencia en general, a la medicina y su enseñanza, reflejándose todo ello en una mejor calidad de vida. Será necesario luchar por una igualdad de género, donde la distribución de oportunidades sea igual para hombres y mujeres. En la actualidad existe una diferenciación entre la palabra médico y médica para referirse a la persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina haciendo referencia al hombre (médico) o a la mujer (médica). Anteriormente se utilizaba únicamente la palabra médico para referirse a ambos sexos (RAE, 2010).

### ***Estrés, ansiedad y depresión por especialidades***

De manera específica, existen estudios que reportan un incremento en las manifestaciones de estrés entre el segundo y cuarto año de experiencia laboral en el ámbito médico asistencial, mientras que otras investigaciones reportan que el primer año es el más estresante (Mingote & Gálvez, 2007); siendo más evidentes

en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología y Psiquiatría (Arenas, 2006).

En cuanto a la incidencia en el suicidio y la especialidad se han encontrado mayores índices en Psiquiatría, Oftalmología y Anestesiología y los más bajos se presentaron en Cirugía, Pediatría, Radiología y Patología (Hawton et al., 2001; Waring, 1974).

Los puntajes mayores de síntomas depresivos se tienen en las especialidades de Cirugía, Pediatría, Psiquiatría y Gineco – Obstetricia, siendo mayor en el primer año de residencia (Hsu, 1987).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos, psicológicos y físicos en médicos residentes aparece sobre todo en el primer año de formación (Reuben, 1985), siendo los principales, cansancio físico, hostilidad, ansiedad y depresión (Gordon, Hubbell & Wyle, 1986; Uliana, Hubbell & Wyle, 1984), teniendo como periodo crítico los dos primeros meses o hacia la mitad del año (Girard, Sack & Reuler, 1980). Los síntomas que predominaron en los residentes son: impotencia, frustración y la disminución del placer o interés por actividades cotidianas (Pino, 1996).

Los médicos residentes casados desarrollan mayor estrés, con mayores manifestaciones fisiológicas y patológicas asociadas en la mujer debido al rol laboral y familiar que desempeña, prejuicio o discriminación de pacientes y personal sobre su capacidad, tener que funcionar en una profesión dominada por los hombres, pocos modelos a seguir, embarazos y el poco tiempo para convivir con la pareja (Arenas, 2006; Elliot & Girard, 1986; Mingote & Gálvez, 2007; Myers, 1986; Ramírez, 2001; Robinson, 2003; Sapién, Espinosa, Del Valle & Treviño, 2003; Wolfe & Jones, 1985). Se ha encontrado una alta tasa de divorcios en los residentes en formación principalmente en las especialidades de Ortopedia, Cirugía y Psiquiatría (Gabbard & Menninger, 1988).

Las principales respuestas fisiológicas son las palpitaciones, sudoración y temblor de manos, cansancio e insomnio; y, las principales patologías son: gastritis, colitis, tabaquismo, ansiedad, contractura muscular en el cuello, migraña y alcoholismo. Todos presentaron manifestaciones de estrés en el aparato cardiovascular, 80% en el digestivo y 65% en la esfera psicológica (Aranda et al., 2005; Arenas, 2006; Martínez Lanz et al., 2005).

En cuanto a la personalidad se ha encontrado correlación entre la vulnerabilidad o sensibilidad en los médicos ante problemas de salud mental, y se han señalado como determinantes algunos factores de personalidad encontrando correlaciones entre las escalas de baja autoestima, sentimientos de inadecuación, disforia, preocupación obsesiva, pasividad, ansiedad social y aislamiento con altos índices de estrés (Mingote et al., 2004).

### ***Estilos de Enfrentamiento como moderador***

Es importante saber que existen factores que pueden regular las consecuencias negativas en la salud que conlleva el estrés. Las respuestas individuales dependen de un gran número de agentes que incluyen la magnitud de la demanda, las características personales y **estilos de enfrentamiento**, restricciones personales o ambientales, el apoyo percibido y/o recibido por otros y el reconocimiento; estos son algunos de los factores que pueden hacer la diferencia entre dos individuos con problemas o estresores similares (Escribà & Bernabé, 2002b; Mingote et al., 2004; Rabin, Feldamn & Kaplan, 1999; Téllez, 2001).

En su estudio, Escrivà y Bernabé (2002b) encontraron que los médicos enfrentan el estrés laboral principalmente con estrategias centradas en las emociones como la desconexión conductual (realizar actividades fuera del hospital), la búsqueda de apoyo social-emocional (pasar más tiempo con la familia

o con amigos) y el consumo de fármacos y tabaco; así como en las centradas en el problema como la aceptación y la búsqueda de apoyo instrumental (consultar colegas y/o bibliografía); se ha visto que las centradas en la emoción se relacionan a un mayor malestar físico, mientras que el centrado en el problema actúa como factor protector contra el estrés, específicamente el enfrentamiento activo.

En cuanto a las recompensas percibidas por el gremio médico, la mayoría manifestó que su principal recompensa es el salario, el estatus que proporciona el ser médico, el perfeccionamiento intelectual constante y el reconocimiento de pacientes y compañeros (Fernández, Moinelo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez & Parrilla, 2000).

La muerte y el sufrimiento son las primeras situaciones a las que se tendrán que enfrentar los estudiantes de medicina, desarrollando cada uno estrategias que les harán sobrellevar estas demandas. Es importante recalcar que el médico en formación presenta gran dificultad para enfrentarse a la muerte y al sufrimiento, siendo expuesto inmediatamente y sin educación al respecto; ante ello, no es de extrañarse que pongan una barrera emocional que impida el involucramiento con el paciente (Kivimaki, Sutinen, Elovainio, Vathera, Rasanen & Toyry, 2001).

Diversas investigaciones exponen lo estresante que es para el médico el transmitir malas noticias, principalmente por sentirse poco preparados. De hecho, sentirse poco preparados en habilidades de comunicación se relaciona con una mayor prevalencia del síndrome de “burnout” en facultativos hospitalarios (Bruce et al., 2005; Molina et al., 2003; Ramírez et al., 1996). De igual forma, la falta de cooperación entre los profesionales y el mal funcionamiento de los equipos de trabajo se ha asociado directamente con el ausentismo laboral por enfermedad de los médicos (Kivimaki et al., 2001).

Lo ideal sería que los médicos aprendieran a funcionar a un nivel emocional e intelectual óptimo a pesar de esos potentes estresores (Escribà & Bernabé, 2002a); sin embargo, las facultades de medicina no consideran importante el

abordar estos componentes, con lo que, al iniciar la vida laboral, el médico debe enfrentarse a los estresores implicados sin sentirse preparado y adecuando sus actuaciones a medida que va obteniendo más experiencia profesional. Como respuesta a esta situación, últimamente se están llevando a cabo planes de formación complementarios de los conocimientos médicos, como son las habilidades de comunicación con los pacientes y entre el personal (Lorin et al., 2006), no obstante, queda mucho trabajo por delante.

### ***Investigación en México***

En México los estudios con médicos cobran cada vez mayor importancia e interés, se ha visto que los que se encuentran en entrenamiento y los estudiantes de posgrado tienen mejor salud mental que los residentes (Volkow, De la Fuente, Gómez-Mont & Cuevas, 1982). En los alumnos de los primeros años de la Facultad de Medicina de la UNAM, se han encontrado síntomas de disminución de la concentración, estado de ánimo depresivo y ansiedad, siendo las más frecuentemente manifestadas la **ansiedad** y **depresión** (Fouilloux, 2002).

En los internos de pregrado el estrés se derivada de no tener suficiente tiempo para la familia, inseguridad sobre el futuro profesional, horarios laborales extensos, obligaciones frecuentes, pocos estímulos, poca supervisión, falta de retroalimentación, discriminación por género y preocupación por las calificaciones (Arechavaleta & Fouilloux, 2004); estudios con residentes muestran que la mayoría presentan desgaste laboral, **estrés**, **ansiedad** y **depresión** (Arenas, 2006; Palmer et al., 2007; Reina, Gutiérrez & Herrera, 2004); así como, a manera conductual, un elevado consumo de alcohol (65%) con diferencias importantes por género (mayor en hombres que en mujeres), consumo de drogas (23.2%), principalmente analgésicos opioides, ansiolíticos, anfetaminas/estimulantes y sedantes, así como la presencia de **ansiedad** y **depresión** (Martínez Lanz et.al., 2005).

Dentro del ambiente hospitalario y las diferencias intergeneracionales, se observan las que son favorables para los hombres al presentar un peso más satisfactorio, mejor percepción de la competencia profesional, más tiempo para relajarse, menos alteraciones en sus hábitos alimenticios y de sueño, menos sentimientos de culpa o autocastigo, mayor reconocimiento por su trabajo y satisfacción de su vida sexual; esto se le puede atribuir a las características de la cultura mexicana cuya dominación masculina sigue en apogeo (Alvarado, 2001; Sapién et al., 2003).

En cuanto a las mujeres médicas se encuentra el uso de escaleras en vez de elevador, examen de senos periódicamente, consumo de alimentos ricos en fibra, mayor prudencia en la realización de actividades hogareñas de riesgo, mayor tolerancia a la diversidad y trabajar menos tiempo sentadas; así como las preocupaciones excesivas por su peso, apariencia física, poco estado de relajación y visitas constantes al médico especialista, esto presumiblemente concuerda con el estereotipo femenino de élite en la cultura urbana mexicana (Sapién et al., 2003).

### ***Definición de Calidad de Vida en Médicos Residentes (CVMR)***

No existe un consenso en cuanto a los diversos términos utilizados para referirse a la Calidad de Vida, simplemente se reconoce que es un concepto multidimensional. Es difícil decidir qué variables deben incluirse y eso va a depender de la finalidad del estudio.

Con base en lo escrito anteriormente se presentan dos definiciones conceptuales del nuevo constructo “Calidad de Vida en Médicos Residentes” y una definición operacional.

1. Es el grado en que una persona obtiene satisfacción en la vida, en este caso el médico residente. Factores importantes para una buena calidad

de vida: bienestar físico, emocional y material; participación en relaciones interpersonales; oportunidades para el desarrollo personal; ejercicio de los derechos propios; tomar decisiones de vida autodeterminadas y tener participación en la sociedad (APA Dictionary of Psychology, 2007).

2. Evaluación que tenga el Médico Residente de su propia vida, del contexto en el que ejecute sus capacidades y que desarrolle mecanismos de búsqueda de bienestar personal que conlleve a ciertos estados de satisfacción (adaptada de Arita Watanabe, 2005).

Mientras que al encontrar al estrés, la ansiedad y la depresión como variables que afectan constante y mayormente a la calidad de vida en los Médicos Residentes (CVMR), se tiene como definición operacional a:

- La CVMR es la disminución del estrés, ansiedad y depresión a través de estilos de enfrentamiento que lleven al Residente a ciertos estados de satisfacción en la vida.

Para conocer más acerca de las variables que afectan la Calidad de Vida de los Médicos Residentes, se presenta a continuación una revisión de lo que son y lo que implican el estrés, ansiedad y la depresión.

## VARIABLES QUE COMPONEN LA CVMR

---

Las variables que afectan la Calidad de Vida de los Médicos Residentes son, entre otras, el estrés, ansiedad y depresión principalmente.

### **ESTRÉS**

#### ***Historia del concepto Estrés***

El estrés es un concepto sumamente utilizado dentro del ámbito de los psicólogos, psiquiatras, médicos, sociólogos y la gente en general; sin lugar a duda es un término que se utiliza ante situaciones muy distintas y cuyo significado está plagado de ambigüedad. El interés por este constructo psicológico radica en el impacto que éste tiene en la vida diaria y ha sido el eje de múltiples investigaciones psicológicas (Cohen, Kessler & Underwood, 1997).

En términos médicos, el estrés es tratado como un juego de relaciones psicológicas y fisiológicas ante agentes nocivos como lo propuso en 1932 Walter Cannon, quien ampliando la idea de Bernard consideró al estrés como una perturbación de la “homeostasis”, la cual se define como la tendencia de los organismos a recuperar el equilibrio una vez que éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno; es decir, el desequilibrio trae consigo una reacción de alarma vinculada a través de la actividad simpático – adrenal. Este delicado equilibrio puede romperse cuando los elementos del medio ambiente cambian a grado extremo (falta de agua, alimento y/o abrigo) y producen carencias vitales en el organismo, que trata de sobrevivir haciendo uso de todos

sus recursos y reservas. Si las carencias o presiones del ambiente persisten más allá de la resistencia del organismo, éste entra en un periodo de crisis en el cual se rompe el equilibrio homeostático y, finalmente, puede sobrevenir la muerte (Barrientos, 1992; Cárdenas, 2001; Lazarus & Folkman, 1991).

Una propuesta que retoma la idea de Cannon es la del modelo del Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual expresa que, cualquier estímulo externo o interno es potencial para provocar estrés, manifestándose una serie de respuestas (Selye, 1976):

- *Fase de Alarma* (respuesta de combate o huida): representa la reacción adaptativa del organismo al peligro o amenaza. Su objetivo básico es preparar al cuerpo para la acción inmediata.
- *Resistencia*: la respuesta de huida o lucha no dura mucho; al persistir el estrés, el organismo tiene que hacer provisiones para una protección de larga duración. Es una fase necesaria para que el cuerpo pueda adaptarse a un estrés más prolongado (diferente del estrés crónico).
- *Agotamiento*: Surge cuando la reacción de resistencia supera sus límites. Puede ser una sensación de cansancio físico y mental, o bien, vincularse a ciertas partes específicas del cuerpo que dejan de funcionar con un rendimiento normal.

Estas fases decidían si el organismo se sobreponía o no; es entonces cuando se entiende que el estrés es una respuesta restauradora de la homeostasis (Terras, 1994).

Dentro de las investigaciones acerca del estrés, un punto importante es la parte fisiológica que subyace en el organismo y cómo se relaciona con el aspecto psicológico, iniciándose así la postura psicológica en unión con la biológica, en donde todo inicia como consecuencia de una activación psicofisiológica que conlleva implícito un estímulo, una cognición, una reacción fisiológica y una

conducta que generalmente se traduce en términos de fracaso adaptativo (Valdés & De Flores, 1985).

La historia del estrés ha quedado catalogada bajo la perspectiva de tres posturas excluyentes una de otra al tener diferentes puntos de aproximación a la investigación de este concepto. Las tres perspectivas de abordaje para el estudio del estrés de acuerdo con Evans y Cohen (1987); así como, Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2005) son:

1.- *Perspectiva biológica*: hace referencia a la respuesta fisiológica específica del organismo a estímulos inespecíficos. Esta respuesta implica la activación anormal del sistema hipotálamo – hipófiso – suprarrenal, del sistema autónomo simpático y médula – suprarrenal e inhibición de la glándula tímica, donde se incluyen:

2.- *Perspectiva psicológica*: pone énfasis en la percepción y evaluación del organismo de sufrir posibles daños, así como de la interpretación que tenga de sus habilidades para enfrentarlos.

3.- *Perspectiva ambiental*: evalúa estímulos ambientales, por lo general, asociados con altas demandas adaptativas sobre el individuo.

Existe una definición que ha sido avalada por varios investigadores, quienes ven al estrés como el “proceso en el cual las demandas ambientales exceden las capacidades adaptativas del organismo dando como resultado diversos cambios psicológicos y biológicos que pueden poner en riesgo de sufrir múltiples enfermedades a la persona” (Cohen et al., 1997 p. 3). Esta definición es integrativa, es decir, abarca las perspectivas ambiental, psicológica y biológica; lo cual es crucial al adentrarnos en el estudio del estrés (Ortega et al., 2005).

Debido al gran interés que se tiene para estudiar el estrés se le ha dado un peso importante a la manera en que los individuos evalúan un posible daño

potencial o bien, el buscar las respuestas al porqué ante un mismo estímulo dos individuos reaccionan de manera diferente.

### ***Evaluación Cognoscitiva del Estrés***

El proceso que determina por qué y hasta qué punto una o varias relaciones entre el individuo y el entorno son estresantes se le llama Evaluación Cognoscitiva y juega un papel importante ya que, si el individuo quiere sobrevivir necesita distinguir entre situaciones favorables y peligrosas, lo cual puede ser difícil y depende de poseer un sistema cognoscitivo eficiente (Reynoso & Selligson, 2005).

Los principios de la evaluación cognoscitiva radican en que la conducta y sus efectos emocionales están determinados por las cogniciones, hipótesis, valores, percepción, creencias, vulnerabilidad, factores situacionales como novedad, control, predictibilidad, incertidumbre, inminencia, duración y ambigüedad, lo que empuja al empleo de variables cognoscitivas y por lo tanto a la conceptualización del estrés como proceso dependiente de los significados para el sujeto (Evans & Cohen, 1987; Lazarus & Folkman, 1991).

La evaluación cognoscitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, creencias, estilos de pensamiento y percepción) y el entorno, cuyas características deben predecirse e interpretarse (Lazarus & Folkman, 1993).

El estrés altera el estado emocional, deteriora la actividad cognoscitiva y altera la homeostasis corporal, siendo la actividad cognoscitiva una parte fundamental de la respuesta emocional; proporciona la evaluación del significado del cual depende la emoción. El reconocimiento de las emociones específicas en lugar de varias dimensiones de estrés acerca del enfrentamiento del individuo y su adaptación, proporciona mayor información que si conocemos solo si ha sufrido daño, amenaza o desafío (Noback, 1993; Reeve, 1994).

La evaluación cognoscitiva ante una amenaza no siempre es consciente ya que existen variables interdependientes que influyen en la percepción, en la forma como es construida una situación dada y en las emociones experimentadas.

Las principales determinantes de las evaluaciones cognoscitivas son (Lazarus & Folkman, 1993):

- Factores personales: compromisos, creencias y vulnerabilidad
- Factores situacionales: novedad, incertidumbre, tiempo, ambigüedad y cronología.

La frecuencia e intensidad de las emociones revelan cómo piensa la gente que está manejando el medio que la rodea, por lo que pueden considerarse una medida indirecta de las evaluaciones cognoscitivas que cada persona realiza de su entorno. A través de la evaluación primaria, una persona determina si un evento es relevante o no a su bienestar y si las señales le benefician, amenazan, cambian o perjudican. Mediante la evaluación secundaria la persona determina qué opciones y recursos tiene disponibles en ese momento para controlar la situación, y se postula que la percepción que el sujeto tenga sobre el control que ejerzan en cada situación podría aumentar o disminuir su estrés (Averill 1973; Drumheller, 1991; Felsten, 1991).

### ***Efectos del Estrés***

Es bien sabido que cualquier agente externo o interno va a alterar la homeostasis del organismo (Noback, 1993 y Reeve, 1994), en este caso el estrés va a tener manifestaciones o efectos que han sido variables de estudio según el marco de referencia conceptual de los investigadores. Una de las principales aproximaciones hacia los efectos del estrés es verlo como un continuo; es decir,

dentro del estudio del estrés se hace hincapié en que se manifiesta dentro de un continuo donde ambos extremos son perjudiciales para el individuo. Niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés. Toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no sólo ante sus propias necesidades o expectativas, sino de igual forma a las exigencias medioambientales tales como el ruido, iluminación y temperatura (Moreno & Peñacoba, 1999; Reynoso & Selligson, 2005; Topf, 2000).

El estudio de los efectos (Ver tabla 2) que presenta el individuo ante situaciones estresantes giran en torno a cuatro áreas principales: (Evans & Cohen, 1987; Goodrick, Kneuper & Steinbauer, 2005; Kaplan, 1992; Steptoe, 1990; Stewart, Ahmad, Cheung, Bergman & Dell, 2000; Vincent, 1983).

*Tabla 2.*  
*Principales manifestaciones del estrés*

Área	Manifestaciones
<b>Fisiológica</b>	Hiperactividad del Sistema Simpático (Subdivisión del SNA), aumento en la velocidad y fuerza de contracción del músculo cardiaco y aumento en las cardiopatías, problemas inmunológicos, incremento en la concentración de glucosa en sangre, elevación de la presión sanguínea, elevación de la actividad pulmonar, aumento en la respiración, disfunciones gastrointestinales, supresión de la función digestiva, sudoración excesiva, tensión muscular, liberación de adrenalina, noradrenalina y colesterol, reacciones en la piel (enrojecimiento, salpullido, etc), disminución de la producción de las hormonas sexuales.
<b>Cognoscitiva</b>	Pensamiento confuso, memoria a corto y largo plazo deteriorada, capacidad de concentración disminuida, decremento del periodo de atención, pobre toma de decisiones racionales, imposibilidad de atender multitareas, deterioro de la capacidad de organización y planeación a largo plazo.
<b>Afectiva</b>	Ansiedad, depresión, hostilidad, irritabilidad, rabia, agresión, disminución del altruismo y cooperación, aumento en la competitividad, pérdida repentina de la autoestima (sentimientos de incompetencia y de autoevaluación).
<b>Conductual</b>	Incrementan las fallas en el habla (muletillas, pausas, repeticiones, se acelera el habla), postura corporal defensiva, disminución del contacto visual, aumento de conductas manipulativas (tocarse cara, pelo), jugar con objetos de manera estereotipada, conductas de Hipocondría, descenso en el nivel de energía, alteración en patrones de sueño, tendencia a culpar y responsabilizar a los demás, tendencia a ignorar información nueva y a rechazar los cambios aunque sean útiles, disminución de los intereses y del entusiasmo.

### ***Estrés Crónico***

Al hablar de estrés no se puede dejar de lado el hecho de que varias investigaciones buscan identificar y medir estresores crónicos o bien distinguirlos de aquellos que duran un solo episodio de aquellos que son repetitivos. Esta inquietud estriba en dos razones; la primera gira en torno a que teóricamente el estar bajo estresores repetidos y persistentes se liga con enfermedades de desarrollo a largo plazo, por ejemplo las cardiovasculares; mientras que la segunda estriba en que se ha visto que el cuerpo humano no se puede habituar a los estresores crónicos (A Baum, Singer & C Baum, 1981; Cohen et al., 1997; House, 1987; Krantz, Contrada, Hill & Friedler, 1988; Lepore, 1997).

Se ha encontrado que existen consecuencias en diferentes áreas del individuo al estar sometidos a estresores crónicos. Se pueden observar que aquellos estresores que duran más de un mes impactan negativamente en el sistema inmunológico del ser humano (Herbert & Cohen, 1993).

Otros efectos que tiene el estar bajo un estrés prolongado recaen en el enfrentamiento ya que, aunque la idea del enfrentamiento es remover el estresor, un enfrentamiento activo y prolongado hacia un estresor conlleva a la fatiga psicológica, disminución de la atención, pensamiento y su actuación, lo que hace a la gente propensa a los accidentes. Intentos fallidos de enfrentarse con los estresores crónicos puede crear indefensión aprendida. También está ligado con formas de enfrentamiento de escape y autodestructivas como abuso de alcohol y drogas; así como disminución en las habilidades sociales, lo que hace que las personas eviten lugares concurridos y reduzcan sus redes de apoyo social; también se ha visto que los estresores crónicos al juntarse con los agudos incrementan considerablemente las implicaciones desfavorables de estos últimos (Cohen, 1980; Harris, 1978; Herbert & Cohen, 1993; Lepore, Evans & Schneider, 1991; McGonagle & Kessler, 1990; Selligman, 1975).

Al hablar de estrés crónico se viene a la mente lo que autores denominan Adaptabilidad o Fenómeno de Adaptación; es decir, cómo el organismo llega a sobrevivir ante situaciones estresantes de manera prolongada. Aquí juegan un papel importante los mecanismos de enfrentamiento ya que es a través de ellos que el organismo obtiene la habilidad para adaptarse al estresor. Sin embargo existen efectos negativos del enfrentamiento: menos habilidad para enfrentar estresores subsecuentes, disminución de la motivación, problemas de ajuste socioemocional y en exposición crónica aumenta la susceptibilidad a enfermedades infecciosas, desórdenes fisiológicos y psicológicos (Evans & Cohen, 1987).

Los estresores crónicos se conciben como eventos o condiciones que persisten en el tiempo por lo que al igual que otras variables psicológicas, se tiene como método de medición aquel que esté libre de subjetividad o error y que produzca resultados consistentes cuando se use por diferentes investigadores o en diferente población (Lepore, 1997). Existen estresores que se ajustan a este criterio, como los ambientales (ruido, contaminación, etc.) o los económicos (desempleo); sin embargo, no todos los estresores son fácilmente medibles de esta manera por lo que se han utilizado diversas técnicas tradicionales en la investigación de las ciencias sociales como: cuestionarios, autoreportes, observaciones y entrevistas (Lepore, 1997).

### ***Medición del Estrés***

Para realizar investigación cuyo interés sea el estrés, será importante conocer el impacto de sus reacciones y consecuencias. Para ello, se necesita conocer la viabilidad de su medición. El tener instrumentos para medirlo va a depender de la conceptualización y definición del término estrés; además de determinar la postura de la que parta el término, conocer otras variables involucradas en el proceso del estrés, la diversidad de los eventos (cataclísmicos

o cotidianos), duración del evento estresor (agudo o crónico) entre otras. Sin embargo, diversas investigaciones que han tratado de medir el estrés llegan a las mismas conclusiones después de un arduo trabajo: el estrés es un concepto subjetivo más que un fenómeno objetivo (Baum et al., 1981; Lazarus, 1990; Lazarus, 2000).

### ***Enfrentamiento al Estrés***

Existe un constructo (*Coping*) al que se le considera como un factor que media la relación entre el estrés y la adaptación y se le reconoce un papel central en este proceso, desde este punto al término *Coping* se le denominará Enfrentamiento (Góngora–Coronado & Reyes–Lagunes, 1999). Se ha demostrado que los problemas aunque de muy diversa índole pueden ser menos importantes en sí, para el bienestar del individuo que cómo los percibe y qué hace ante ellos; es decir, la idea de la vida no es tener o no tener problemas sino qué se hace con esos problemas.

Se sabe que, frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognoscitivas y conductuales que los sujetos emplean para manejar y tolerar lo que les causa conflicto en ese momento (estrés) se conocen en el ámbito de la psicología comportamental como Estilos de Enfrentamiento (Omar, 1995).

La investigación acerca de este concepto ha sido mucha, siendo de gran importancia en el estudio del individuo y de su relación con el medio ambiente, pues trata de explicar la forma de reacción ante sucesos inesperados por el individuo (Lazarus, 2000; Lehner & Kube, 1955). El papel del control juega un papel importante ya que, según como las personas perciban el control de la situación, influirá en la manera como enfrentarán los problemas (Lazarus & Folkman, 1991).

Las aproximaciones más comunes al estudio del enfrentamiento se desarrollan en tres amplias perspectivas: el enfrentamiento conceptualizado en términos de proceso del ego, enfrentamiento conceptualizado como **rasgo** y enfrentamiento conceptualizado en términos de demandas especiales de tipos específicos de situaciones, por ejemplo: una enfermedad, desastres naturales y duelo como lo mencionan Haan (1977) y autores como Lazarus, Averril & Opton (1974); Lucas (1969); Moos (1977); Parkes (1972); Vaillant (1977) en Lazarus & Folkman (1991).

En cuestión de las dos últimas aproximaciones existen investigaciones que reportan una definición de Enfrentamiento como: “Todo aquello que la persona piensa, siente o hace ante los problemas o estresores que su medio ambiente les presenta, con el fin de conservar su bienestar como una tendencia general, y en la cual se identifica claramente la dimensión de estabilidad (rasgo), y como una tendencia específica a responder con base en la situación enfrentada (estado)” (Góngora - Coronado , 2000 p. 178).

De toda la literatura sobre Enfrentamiento se ha visto que han existido diversos esfuerzos para abordar el tema y realizar clasificaciones, dichas investigaciones presentan, por lo regular, una dualidad básica: hacia el problema – hacia la emoción, en actividad – o en pasividad, hacia la tarea – hacia la persona, de aproximación – o de evitación. No existe un consenso para establecer cuántos tipos de enfrentamiento existen (Góngora - Coronado, 2000). Cabe aclarar que esta primera división (enfocado al problema y a la emoción) es meramente académica ya que ambas se complementan entre sí y no compiten mutuamente como anteriormente se pensó (Lazarus, 2006).

Lo importante dentro del campo de la psicología y Salud es la influencia que tiene el Enfrentamiento en la adaptación, ajuste y en la Calidad de Vida (Góngora – Coronado, 2007).

### ***Medición del Enfrentamiento***

En el avance de la psicología como ciencia ha sido necesario realizar especulaciones a fin de poder saber si existen diferencias entre los seres humanos y en qué grado difieren entre sí. Esto ha provocado la elaboración de herramientas y/o instrumentos pertinentes, adecuados y específicos para así analizar estas diferencias o semejanzas. De esta forma, es importante para el estudio del enfrentamiento el desarrollo de instrumentos para evaluarlo.

La Escala Multidimensional – Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento (EMMEE) cumple exitosamente las características de validez psicométrica y es culturalmente relevante. Mide una dimensión duradera y estable de la vida que es el enfrentamiento como rasgo y una segunda dimensión más cambiante y temporal que es la del enfrentamiento como estado (Góngora – Coronado y Reyes – Lagunes, 1999).

Evalúa el enfrentamiento como rasgo de personalidad y como formas de responder ante la situación (estado) fundamentada en la definición antes expuesta. El instrumento está conformado originalmente por seis subescalas de 18 reactivos cada una, las cuales parten de la técnica de redes semánticas naturales modificadas (Reyes – Lagunes 1993).

La prueba está validada psicométricamente y se han encontrado consistentemente factores como (Reyes – Lagunes, 1999b):

- Directo – Revalorativo: Cuando se hace algo para resolver el problema, tratando de aprender o ver lo positivo del problema.
- Directo: Cuando se hace algo para resolver el problema, ya sea cognoscitiva o conductualmente.
- Revalorativo: Cuando se le da un sentido positivo al problema, trata de aprender de la situación o de alguna manera mejora su percepción.

- Emocional – Negativo: Cuando se expresa un sentimiento o una emoción, que no lleva directamente a la solución del problema.
- Evasivo: Cuando se evita, escapa o minimiza el problema y su solución.

La prueba se divide en dos partes, en la primera se mide el Enfrentamiento como Rasgo (Cuando tengo problemas en mí vida yo...). La segunda parte consta de cinco estímulos que miden el Enfrentamiento como Estado, considerando al individuo como eje y formulando situaciones que cada vez se alejan más de su entorno inmediato: salud, familia, pareja, amigos y escuela y/o trabajo. Las seis escalas se presentan a los sujetos en forma aleatoria y la forma de respuesta de la prueba consiste en una escala Likert Pictórica con siete intervalos de respuesta, presentando cada uno de los estímulos 18 conductas diferentes (Góngora – Coronado, 2000; Navarro, 2001; Reyes – Lagunes, 2000; Ruíz, 2006).

La habilidad para manejar situaciones estresantes o de conflicto depende de los recursos de enfrentamiento disponibles del individuo. Estos recursos desempeñan un papel crucial en la relación estrés – salud – enfermedad y constituyen características estables del individuo y del medio ambiente donde esta persona funciona. Se ha visto que algunos estados psicológicos como la **ansiedad** y la **depresión** pueden aparecer cuando no se encuentra la estrategia adecuada en el momento preciso y la situación siga siendo estresante (Fernández–Abascal, 1997).

## **ANSIEDAD**

Las investigaciones sobre ansiedad se han acelerado desde los 80's, la aparición de grupos de apoyo tuvo su auge frente a este tipo de problemáticas. De igual forma por estas fechas la *American Psychiatric Association* se encontraba preparando un nuevo sistema diagnóstico para los desórdenes mentales

introduciendo definiciones claras y criterios diagnósticos sobre la ansiedad (Barlow, 2002; Norton, Cox, Asmundson & Maser, 1995; Rachman, 2004). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) fue una buena clasificación dentro del caos que prevalecía en esos momentos, y se ha modificado desde esa primera versión (López-Ibor & Valdés, 2005).

A principios del siglo XX, se publican con regularidad en la literatura psiquiátrica estudios clínicos sobre ansiedad. De entre ellos se tiene los de Pavlov, con la neurosis experimental, la cual contribuye a que se desarrollen numerosas investigaciones del miedo y la ansiedad en seres humanos. Sin embargo la complejidad del fenómeno de la ansiedad, la falta de instrumentos apropiados para medirla así como los problemas éticos asociados a la provocación de la ansiedad en el laboratorio, originó escasas investigaciones (Barlow, 2002).

No existe una definición aceptada universalmente acerca del término ansiedad (Barlow, 2002), además de diversas definiciones técnicas de este término, esta palabra tiene diversos significados en el lenguaje común, el cual va desde temor hasta la impaciencia.

De acuerdo con Spielberger (1972), la ansiedad es un estado emocional específico desagradable, con percepciones conscientes de sentimientos de nerviosismo, tensión y aprensión, asociados a la activación o excitación del sistema nervioso autónomo. Kelly (1980) plantea que la ansiedad puede ser definida como una experiencia subjetiva de peligro o “distrés”, o por la necesidad de hacer un esfuerzo especial.

Perugi, Akiskal y Deltito (en Martín, Russell & Graham, 1988) plantean que la ansiedad es una manifestación universal humana que se da en respuesta al estrés y puede considerarse patológica cuando la ansiedad como emoción es recurrente o persistente, si se sale fuera de toda proporción o control, provocada por alguna situación en la que el daño no es visible; cuando el individuo se paraliza con una sensación de impotencia o incapacidad que le impida ejecutar

una acción apropiada para terminar con la situación provocadora de ansiedad, o cuando ya hay daños en el funcionamiento fisiológico o psicosocial.

Dentro de las cuatro teorías principales (la que la ve como producto del aprendizaje, la cognoscitiva, la psicoanalítica y la biológica) que tratan de explicar el proceso de la ansiedad, las que mayor evidencia científica tienen son (Rachman, 2004):

- 1) Ansiedad como producto del aprendizaje: La esencia de esta aproximación es que la ansiedad es adquirida por condicionamiento como lo estableció Pavlov en su idea central; si un estímulo neutro ocurre al mismo tiempo que las reacciones de ansiedad en el individuo, automáticamente adquiere la habilidad de evocar ansiedad subsecuentemente. Las principales teorías que enmarcan esta postura son las de Eysenck (1957) y Wolpe (1958); y, con múltiples contribuciones a la de Eysenck, la teoría de Gray (1971).
- 2) Análisis cognoscitivo de la ansiedad: La idea central es que las emociones son el resultado de cómo son interpretados o evaluados los eventos. La manera de interpretar las cosas o las situaciones es mucho más importante que la situación en sí. La evaluación depende del contexto, del humor y de las experiencias pasadas de la persona. Los trabajos de Beck (1967) y Salkovskis (1996) son de gran importancia en ésta aproximación.
- 3) Teoría biológica de la ansiedad: La esencia de esta aproximación radica en la explicación fisiológica y bioquímica de la ansiedad en cuanto a la disminución de neurotransmisores y su repercusión a nivel fisiológico. Klein (1987) y Foa (1987) son unos de los más reconocidos en esta postura.

La Ansiedad es de varios tipos. Algunos se preocupan permanentemente, otras personas tienen ataques de pánico, obsesiones, fobias o temen por su salud. Muchas personas son terriblemente tímidas o se quedan paralizadas cada vez que tienen que hablar en público. Existen formas más comunes de ansiedad (Ver tabla 3) en donde las descripciones diagnósticas oficiales están tomadas del sistema de clasificación más utilizado para desórdenes psicológicos y psiquiátricos: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, actualmente en su cuarta edición revisada, comúnmente llamado DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdes, 2005).

*Tabla 3*  
*Trastornos de Ansiedad*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de angustia sin agorafobia</li> <li>• Trastorno de angustia con agorafobia</li> <li>• Agorafobia sin historia de trastorno de angustia</li> <li>• Fobia específica</li> <li>• Fobia social</li> <li>• Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)</li> <li>• Trastorno por estrés postraumático (TEP)</li> <li>• Trastorno por estrés agudo</li> <li>• Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)</li> <li>• Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica</li> <li>• Trastorno de ansiedad inducido por sustancias</li> <li>• Trastorno de ansiedad no especificado</li> </ul>	
Crisis de Angustia (panic attack)	Pueden aparecer en el contexto de todos los trastornos de ansiedad
Agorafobia	

La ansiedad es un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos. Tomados juntos, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 20% en población general (Robles & Páez, 2002; Winokur & Clayton, 1994).

Las sensaciones físicas reportadas como más frecuentes son: ritmo cardiaco elevado, sudoración, boca seca, dolor en el pecho, mareo, vértigo (McMilan & Rachman, 1988; Rachman, 2004).

Estudios epidemiológicos han demostrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. La prevalencia a lo largo de un año se estima entre el 2 y 3.6% y la prevalencia a lo largo de la vida entre el 4.1 y 6.6% de la población general. Los índices de prevalencia han sido más altos en mujeres y en personas menores de 30 años de edad (Blazer, Swartz, Woodbury, Manton, Hughes & George, 1988; Robles & Páez, 2002).

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en México documentan que alrededor de una cuarta parte (23.7%) de la población adulta tiene una historia de enfermedad mental, la prevalencia anual alcanza 11.6% y la actual 5%; en total el 2.5% de la población presenta problemas severos actuales y solo una tercera parte (34%) ha recibido atención. En la Última encuesta de Salud Mental se encontró que del total de la población encuestada, el 28.26% presentó alguna vez en su vida alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, siendo los más frecuentes que presentaron alguna vez en su vida los de ansiedad (14.3%), el uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos con 9.1% (Medina Mora et al., 2003).

## **DEPRESIÓN**

La época de los sesentas fue marcada como la “época de la ansiedad” producida por el temor de la población a su propia extinción causada por la fuerza nuclear y a las transformaciones tecnológicas tan impetuosas que han llevado a devastar nuestro ecosistema, sin embargo en los ochentas este concepto de ansiedad fue sustituido por el de depresión y desesperanza, como los estados

predominantes en el hombre, lo cual permitió etiquetar a esta época como la edad de la melancolía (Calderón, 1987).

Estas emociones negativas no llegan en estado puro casi nunca. De hecho, la ansiedad y la depresión suelen ir juntas. Sin embargo, estos sentimientos son muy distintos el uno del otro. La ansiedad es efecto de la percepción de peligro, el sentirse angustiado o ansioso es consecuencia de decirse a sí mismo que va a pasar algo terrible. Por el contrario, cuando está deprimido se tiene la sensación de que la tragedia ha sucedido ya.

La depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante la depresión patológica es abrumadora y desesperante, se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel que la sufre (Calderón, 1987; Mendels, 1977).

Al hablar de Depresión es conveniente ubicarla conceptualmente bajo diversos enfoques teóricos:

1. Psicobiología: es la manifestación del comportamiento a partir del Sistema Nervioso Central (SNC) genéticamente vulnerable en cuanto a la modificación en el descenso de los neurotransmisores como la norepinefrina, hiperactividad colinérgica, los cuales producen estados depresivos en las personas (Everett & Toman, 1959).

Existe también la hipótesis catecolaminérgica de que en ciertas depresiones humanas hay un déficit de catecolaminas, en concreto la noradrenalina en ciertas regiones cerebrales (Poinso & Gori, 1976; Polaino, 1985).

2. Conductista y Psicobiología: el desamparo junto a una reducción de ciertas sustancias neurotransmisoras da como resultado un deterioro en los sustratos neurofisiológicos de refuerzo. Este deterioro se manifiesta como depresión, cuyos síntomas son: alteraciones psicomotoras, desamparo, etc., son muy similares a todos los tipos de depresión (Fredén, 1986).
3. Conductual: es causada por una pérdida de reforzadores, extinción de respuestas o castigo (Yates, 1972). Se considera a la depresión como un miedo aprendido en la persona en cuanto que la amenaza sea incontrolable, nombrándola Desamparo Aprendido (Seligman, 1975). Fredén (1986) lo denomina depresión reactiva y se aplica a sujetos que carecen de iniciativa, tienen sensación de impotencia y se sustenta una opinión desalentadora del futuro.
4. Cognoscitiva – Conductual: La conducta del sujeto deprimido, su ansiedad, inhibición y pesimismo provoca un comportamiento de evitación entre sus amigos y compañeros, lo que disminuye la accesibilidad y posibilidad de obtener refuerzos sociales (Beck, 1967; Roy & Voss, 2000), así como el tener una idea negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La característica del desamparo aprendido es la aparición de una cognición de tipo negativo que se alimenta de una alteración de la percepción (Polaino, 1985; Seligman, 1975). Una de las mejores formas para prevenir la depresión consiste en el acceso a una amplia variedad de acciones posibles con las cuales se puedan enfrentar a situaciones difíciles (Fredén, 1986).
5. Sociológica: La depresión es el resultado de una estructura que impide al individuo desempeñar determinados roles (Fredén, 1986).

6. Psiquiátrica: La depresión se caracteriza por una excesiva vulnerabilidad ante circunstancias adversas. Las personas deprimidas tienden a responder ante circunstancias adversas en forma exagerada y su conducta llega a ser excesiva o deficiente (Kaplan, 1992).

### ***Efectos de la Depresión***

Uno de los autores que describen las distintas funciones alteradas en la depresión es Beck (1967) quien resume lo que hasta este momento se ha hablado de este trastorno mental bajo la perspectiva cognoscitiva - conductual (Ver tabla 4):

*Tabla 4.*  
*Efectos de la Depresión*

Síntomas	Manifestaciones
<b>Afectivos</b>	Humor afligido, aversión a sí mismo, pérdida de gratificación, pérdida de apegos, pérdida de llanto, pérdida de la respuesta a la alegría.
<b>Físicos</b>	Pérdida del apetito, perturbaciones del sueño, pérdida de la libido, susceptibilidad a la fatiga.
<b>Cognoscitivos</b>	Autoevaluación baja, expectativas negativas, vergüenza y crítica de sí mismo, indecisión, imagen distorsionada de sí mismo.
<b>Motivacionales</b>	Pérdida de la motivación, deseos suicidas.

### ***Clasificación de la Depresión***

La depresión se considera una alteración o trastorno del estado de ánimo cuya sintomatología esencial comprende uno o más episodios depresivos. Una de

sus características es que existen frecuentes remisiones y recurrencias (Davidson, 2000).

En el DSM-IV-TR se encuentra la descripción diagnóstica de los trastornos del estado de ánimo (Ver tabla 5) en donde se incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor (López-Ibor & Valdes, 2005).

*Tabla 5*  
*Trastornos del Estado del Ánimo según el DSM-IV-TR*

<b>Episodios Afectivos</b>	Episodio Depresivo Mayor
	Episodio maníaco
	Episodio Mixto
	Episodio Hipomaníaco
<b>Trastornos Depresivos</b>	Trastorno Depresivo Mayor
	Trastorno Distímico
	Trastorno Depresivo no Especificado
<b>Trastornos Bipolares</b>	Trastorno Bipolar I
	Trastorno Bipolar II
	Trastorno Ciclotímico
	Trastorno Bipolar no Especificado
	Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)
<b>Otros trastornos del estado de ánimo</b>	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
	Trastorno del estado de ánimo no especificado

Un punto importante en la medición de la depresión (se aplica de igual manera a la medición de la ansiedad) es que en el ambiente hospitalario por si mismo ya se presentan niveles altos de depresión y ansiedad. La mayoría de los instrumentos utilizados se basan en algún sistema de clasificación como el DSM-IV o el CIE-10 y utilizan preguntas para medir aspectos cognoscitivos, síntomas somáticos o la conducta, entre otros.

Uno de esos cuestionarios es el HAD, creado en 1983 por Zigmond y Snaith para la medición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a un hospital (sin patología psiquiátrica aparente). Este cuestionario se basa en el supuesto de que la prevalencia de la depresión y la ansiedad es alta en el contexto hospitalario, por lo que su contenido se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) tanto de la ansiedad como de la depresión con la finalidad de evitar errores de atribución; además, es de aplicación rápida (no lleva más de 10 minutos contestarlo) lo que lo hace atractivo para quien lo va a contestar (López-Alvarenga, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 2002).

Los estudios epidemiológicos concuerdan con una prevalencia de depresión a lo largo de la vida de al menos el 5 – 10% de la población general, y se ha estimado que es mayor en mujeres que en hombres (Boyd & Weissman, 1981; Robins & Regier, 1991).

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se reportó que los trastornos del Estado de Ánimo se encuentran dentro de los tres más frecuentes, teniendo como edad de inicio de un episodio depresivo mayor los 17 años y los 32 años, con un promedio de edad de inicio a los 26 y una mediana de 24, siendo las mujeres quienes lo presentan con mayor frecuencia (Medina Mora et al., 2003).

Esto concuerda con la opinión de especialistas acerca de que actualmente se están viviendo acelerados cambios presentados a nivel social, epidemiológico y demográfico, lo cual permite proyectar que para los próximos años, las prevalencias de ciertos trastornos mentales como la depresión, demencia, consumo de alcohol y trastornos de la conducta tendrán un mayor peso tanto en términos absolutos como relativos.

Lo anterior, además de tener repercusiones sociales, impondrá una carga adicional a los costos del Sistema de Salud (Frenk, 2001).

Lo señalado anteriormente, hace necesario llevar a cabo intervenciones psicológicas que vayan desde la prevención hasta la evaluación de tratamientos para minimizar los efectos negativos que los trastornos mentales hayan manifestado en los médicos residentes (Graña, 2005).

# INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MÉDICOS RESIDENTES

---

n el ámbito de la salud, sus representantes (médicos, enfermeras, pacientes, familiares, etc.), han manifestado la necesidad de crear programas de intervención psicológica en apoyo a este sector, principalmente para disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, mejorando así su Calidad de Vida, particularmente en los médicos residentes, ya que son la población más vulnerable a esta problemática. La mayoría de las intervenciones giran en torno a pacientes o enfermeras; sin embargo, habrá que hacer una investigación a profundidad sobre el tema.

## ***Definición de Intervención Psicológica***

Existen varios tipos de definiciones de la intervención psicológica. Dependen de la corriente psicológica de la que se hable; sin embargo existen dos que se utilizan de manera consensuada por los psicólogos y psiquiatras de habla española.

La primera habla de una intervención psicológica grupal; mientras que la segunda, hace referencia a una definición mayormente utilizada en la clínica, práctica médica especializada y esta abalada por la American Psychological Association (APA). A continuación se presentan las definiciones:

1. Conjunto sistemático de acciones y recursos, articulados para la consecución de objetivos establecidos e implantados en un determinado contexto social para hacer frente a algún problema social o colectivo (Fernández – Ballesteros, 1997).
2. Es la acción que realiza un terapeuta para enfrentar los problemas y dificultades del cliente o paciente. La selección de la intervención es guiada según la problemática, la orientación del terapeuta, el contexto, la disposición y la habilidad del cliente o paciente para avanzar con el tratamiento” (VandenBos, 2007).

### ***La intervención psicológica actual***

En la actualidad la psicología tiene su aplicación en problemas que surgen prácticamente en todas las áreas de la vida social. Sin embargo, existen tres áreas principales en las cuales tiene mayor repercusión: psicología industrial, psicología de la educación y psicología clínica (Castro, 2001; Heidbreder, 1982).

En la **Psicología Clínica** muchos psicólogos trabajan en hospitales, clínicas y consulta privada, aplicando diferentes tipos de terapias a las personas que necesitan ayuda psicológica. Entrevistan y estudian a los pacientes y realizan tratamientos que no son médicos (con fármacos) ni quirúrgicos (mediante operaciones).

### ***Intervenciones en Psicología Clínica***

Existen alrededor de 400 escuelas de psicoterapia para adultos, 200 para adolescentes y alrededor de 300 síndromes y trastornos diferentes (Kazdin, 1994). Estas escuelas no solo difieren en conceptos teóricos, sino en la forma en que la psicoterapia debe ser administrada y en la intensidad o dosis de los tratamientos. Otros autores reducen la amplia oferta terapéutica a 17 formas genéricas en que puede agruparse esas escuelas (Castro, 2001).

Existe un creciente consenso acerca de la especificidad de los abordajes psicológicos, en función no solo del tipo de cuadro psicopatológico, sino en relación con el curso del trastorno y en función del contexto en el que está inmersa la persona (Castro, 2001; Millon, 1996; Roth, & Fonagy, 1996). Según la categorización realizada por Roth & Fonagy (1996) es posible reducir la amplia variedad de abordajes terapéuticos a 6 modelos de intervención (Terapia Cognitivo – Conductual, Psicodinámica, Interpersonal, Sistémica, terapia de apoyo y terapia grupal).

### ***Terapia Cognitivo – Conductual***

Basa sus intervenciones en las teorías del aprendizaje clásico y social. Su objetivo es eliminar pensamientos irracionales de los pacientes a través de métodos cognoscitivos y/o conductuales. Este abordaje basa sus técnicas en intervenciones concretas, fácilmente monitoreadas y evaluadas.

La idea base es que el cambio en las representaciones de los pacientes trae como consecuencia un cambio en los afectos y las conductas. Dichas intervenciones tienen como objetivo mantener la motivación del paciente para

cumplir con las tareas propuestas por el terapeuta que generalmente se basan en el automonitoreo y el intento por cambiar cogniciones y pensamientos negativos.

Dentro de los abordajes de esta psicoterapia se ubica la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1913-2007) y la Terapia Cognitiva de Beck (1921-¿?). El abordaje de Meichembaum (1977) de inoculación de estrés es el más prototípico de las intervenciones cognitivo-conductuales al igual que el entrenamiento en resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971).

El trastorno depresivo y los trastornos por ansiedad son los desórdenes psicológicos que han recibido más atención. La psicoterapia cognitiva (Beck, 1976) es especialmente útil en el tratamiento de la depresión, siendo superior a la farmacoterapia y reduce la aparición de nuevos síntomas (Hollon & Beck, 1994). La terapia cognitivo –conductual (TCC), es la que reporta mayor eficacia al brindar tratamiento en Psicología Clínica (Ver tabla 6).

**Tabla 6.**  
**Intervenciones psicológicas y su eficacia**

Trastorno	Tipo de tratamiento	Validez empírica
Trastornos Depresivos	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	<b>Eficaz</b>
	Terapia Interpersonal	<b>Eficaz</b>
	Terapia Psicodinámica	Soporte limitado
Trastorno Bipolar	No hay evidencia de que las intervenciones psicológicas sean superiores a la medicación	Necesidad de mayores investigaciones empíricas
Trastornos de Ansiedad	TCC para los trastornos de pánico	<b>Eficaz</b>
	TCC para los trastornos generalizados de ansiedad	<b>Eficaz</b>
	Terapia de exposición para fobia social y agorafobia	<b>Eficaz</b>
	Terapia de relajación	<b>Eficaz</b>
Trastornos Obsesivo – Compulsivos (TOC)	Terapia de exposición	<b>Eficaz</b>
	Reestructuración cognitiva	<b>Eficaz</b>
	Terapia Racional Emotiva	Soporte limitado
Trastorno por Estrés Postraumático	Inoculación del estrés	<b>Eficaz</b>
	Terapia de Exposición	<b>Eficaz</b>
	Terapia psicodinámica	Soporte limitado
Esquizofrenia	Terapia familiar	<b>Eficaz</b>
	TCC para delirios	Soporte limitado
Trastornos de la personalidad	Entrenamiento en Habilidades Sociales para el evitativo	<b>Eficaz</b>
	Psicoterapia psicodinámica	Soporte limitado
Trastorno por abuso de alcohol	Tratamientos conductuales para favorecer la adaptación social, entrenamiento en habilidades sociales y terapia de pareja.	<b>Eficaz</b>
	Intervenciones educativas	Soporte limitado
Trastornos sexuales	TCC para reducir la ansiedad sexual y mejorar patrones de comunicación	<b>Eficaz</b>
	Terapia de pareja	<b>Eficaz</b>
	Técnicas conductuales para eyaculación prematura	Soporte limitado

La Teoría cognitivo conductual está enmarcada en lo que se le denomina Psicología de la Salud y Medicina Conductual (Sarafino, 2002).

### ***Revisión histórica de la Psicología de la Salud***

La idea y el abordaje de la Salud han cambiado con el tiempo y en las diferentes culturas (Leahey, 2005).

Los antiguos griegos entendían que la mente y el cuerpo eran un todo y se condicionaban mutuamente. Hipócrates creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respeto a leyes naturales y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. En la Edad Media se adoptó un enfoque espiritualista. La práctica médica estaba bajo el control de la Iglesia Católica. La enfermedad se percibía como la consecuencia del pecado, de la violación de la ley divina y la curación como obra de la fe y del arrepentimiento del pecado. Durante el Renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas. Fue en esta época cuando surgió la base filosófica del modelo biomédico (Labiano, 2004; Leahey, 2005).

#### *El modelo biomédico*

Dos ideas básicas sustentan este modelo (Engel, 1977):

- 1.- Dualismo mente – cuerpo (dimensiones diferentes y separadas).
- 2.- Reduccionismo: el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo que la emoción y el comportamiento son ajenos al modelo.

Este modelo científico permitió desarrollar una serie de descubrimientos (p.e la insulina) lo cual demostró que esta teoría simplista y unidimensional era útil; sin embargo a principios del siglo XIX incrementó el nivel de tecnificación de la medicina produciéndose un proceso de despersonalización, deshumanización y distanciamiento entre el médico y el paciente, dando pie a la idea de que son las emociones y la conducta lo que equilibra dicha relación.

El modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina pero es insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud – enfermedad, principalmente sobre enfermedades crónicas, dolor y el manejo del estrés cotidiano. Esto se resolvió cuando apareció el modelo biopsicosocial.

### *El modelo biopsicosocial*

Este modelo es de gran aceptación en la actualidad (Labiano, 2004; Leahey, 2005; Sarafino, 2002), la teoría de los sistemas sirve de marco explicativo ya que la salud y la enfermedad son multideterminadas; es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, clima, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.).

Hace mayor hincapié en la salud que en la enfermedad, entendiendo a la primera como un proceso – estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana y da importancia a las variables medioambientales, físicas y sociales. Estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

### ***Psicología de la Salud***

Surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa. Es definida como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Matarazzo, 1980).

La Psicología de la Salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria. Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a (Sarafino, 2002):

- 1.- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud
- 2.- Modificar procesos fisiológicos, revisando y tratando la enfermedad
- 3.- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad
- 4.- Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas

La Medicina Conductual es un área cercana a la Psicología de la Salud (Labiano, 2004; Leahey, 2005; Sarafino, 2002). Está definida como el campo

interdisciplinario dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y a la aplicación de estas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La importancia de que un psicólogo conozca ésta área surge ante los datos epidemiológicos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento inadecuado del ser humano.

La psicología actual se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol, así como planificar acciones que intenten modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

### ***Intervenciones psicológicas en Médicos Residentes***

La intervención psicológica en general suele centrarse principalmente en el tratamiento de problemáticas expuestas por los pacientes, pero cuando el trabajador afectado es un miembro de la profesión médica existen una serie de elementos que dificultan la prevención y tratamiento (Mingote, Moreno & Gálvez, 2004; Wicks, 2006):

- El miedo a ser identificados como médicos que han fracasado en su carrera profesional.
- El temor a la estigmatización que conllevan las patologías psiquiátricas.
- El miedo a perder la credibilidad como profesionales de la salud entre los colegas y entre los pacientes.
- La percepción de falta de confidencialidad de los servicios públicos.

- La ocultación del problema por parte de los familiares y de los colegas.
- El contexto inadecuado de los servicios públicos de hospitalización psiquiátrica.
- Los problemas económicos para recibir tratamientos hospitalarios privados.
- El temor a perder el trabajo o a ser inhabilitados para el ejercicio de la profesión.

Todos estos enunciados suelen ser factores que obstaculizan la intervención, el tratamiento e incluso el autocuidado más básico. Por todos esos motivos, la realización de programas de intervención específicos para profesionales médicos se vuelve una tarea difícil pero no imposible.

A lo largo de la historia se han contado con pocas intervenciones que han logrado llegar al objetivo de trabajar con esta población, los grupos Balint con una teoría psicodinámica y las intervenciones primarias con una teoría cognitivo – conductual han mostrado darle al médico un papel activo en el desarrollo de sus competencias y recursos personales para el enfrentamiento de problemas evaluados como estresantes (Mingote, Moreno & Galvez, 2004).

### ***Grupos Balint***

En 1950 Michel Balint (psicoanalista e hijo de médico) inicia en Londres grupos de médicos coordinados por psicoanalistas en los que se planteaban historias de pacientes y se discutían los fenómenos psicológicos y sociales que influían en la evolución de la enfermedad y de igual manera en el médico. A esto lo llamó “Seminarios de discusión grupal sobre los problemas psicológicos de la

práctica médica general". Con esto se lleva a cabo un nuevo enfoque de los seminarios médicos, centralizando el interés no en la técnica, sino en los aspectos psicosociales del paciente, del médico y de la relación (Balint, 1961; Luchina, 1982).

El grupo Balint es un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente. Todo coordinado desde una perspectiva psicodinámica (Balint, 1966).

La relación médico-paciente se lleva a cabo tanto en las instituciones públicas como privadas y las acciones que resultan de esta relación son condicionadas por:

- El ámbito/contexto en el que son llevadas (familia, institución); así como, sus características y condiciones sociales y/o psicológicas particulares.
- Por la específica intervención médica.
- Por las características inherentes a los pacientes y al tipo y carácter de sus padecimientos.

A la interacción de todos estos factores, vista desde la óptica de la relación médico-paciente se le denomina situación médica. Los contenidos que circulan dentro de la situación médica, son relevantes: la enfermedad, el enfermo, el padecimiento, las fuerzas de contratransferencia médica, los fenómenos transferenciales del paciente, entre otros (Balint, 1961; Luchina, 1982).

Actualmente los grupos Balint continúan con un enfoque psicoanalítico y se han utilizado a nivel organizacional en diferentes instituciones tanto públicas como privadas, pero su objetivo principal fue y serán los médicos y la relación médico – paciente.

### ***Intervención Cognitivo – Conductual***

Existe poca literatura y lo que se encontró se lleva a cabo en dos etapas, la primera es la de prevención y la segunda de tratamiento (Mingote & Gálvez, 2007).

#### *Prevención:*

Debe asegurarse una supervisión continua y un apoyo psicológico y médico eficaz, por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales, a través de programas específicos para residentes orientados a la prevención y al control del estrés, ansiedad y depresión, orientándose en el tiempo desde la formación de los médicos residentes, compaginando la formación técnica y científica con la de carácter psicosocial. En esto tendrán un papel especialmente importante los tutores y responsables formativos, con una técnica de apoyo instrumental pero también emocional.

Se considera conveniente:

- Mejorar las condiciones objetivas de trabajo para incrementar tanto la calidad asistencial como la satisfacción del usuario y del médico. Respecto de los residentes es necesario contar con una supervisión efectiva, así como con la liberación después de las guardias; es decir, que posteriormente a terminar su guardia hospitalaria deberán irse a casa o simplemente salir del contexto hospitalario.

- Desarrollar programas grupales para la prevención de problemas emocionales y la mejora del apoyo mutuo entre los profesionales. Se han propuesto el desarrollo de programas orientados a la formación de grupos de discusión de incidentes críticos (*Critical Incident Stress Debriefing*, CISD) con intervenciones pre-incidente (de carácter eminentemente formativo y educacional), durante el incidente (con un objetivo de desactivación y mantenimiento de la calma), post-incidente (en las 24 horas siguientes) y de seguimiento (pudiendo extenderse desde seis meses a un año).

#### *Tratamiento:*

Esta fase de la intervención psicológica se encuentra poco explorada; sin embargo, lo que se ha llevado a cabo con ésta población gira en torno a (Broquet & Rockey, 2004):

- Educar a los residentes, jefes de servicio, enseñanza y directores hospitalarios sobre la importancia del manejo del estrés y promoción de la calidad de vida.
- Alentar a los residentes a buscar apoyo psicológico y aceptarlo si lo necesitan.
- Prevenir el suicidio.
- Prevenir la automedicación descontrolada.

Como se encontró anteriormente, existe poca literatura que sustente las intervenciones en médicos residentes; sin embargo, se ha encontrado que la mayoría enfatiza la intervención en la prevención, más que en el tratamiento (Vasconcelos, 1982).

Dentro de las estrategias de prevención mayormente reportadas en médicos residentes se contemplan tres niveles:

- 1.- Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo de problemáticas emocionales, físicas y/o personales.
- 2.- Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y el desarrollo de estrategias cognitivo conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia del estrés o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.
- 3.- Potenciar la formación de nuevas habilidades sociales (asertividad, apoyo social, comunicación entre pares, etc.).

Se deberá incidir en aquellos servicios donde se encuentren los grados de afectación mayor en cuanto a componentes psicológicos, dificultades en la coordinación médica y/o administrativa del servicio en cuestión, ausencias o faltas al servicio y poco desarrollo laboral.

Las actividades que han pertenecido a la etapa de prevención en médicos son principalmente dirigidos a mejorar el ambiente o clima hospitalario en el entorno laboral. Pueden ir en dos tipos (Matterson & Ivancevich, 1987; Palomares, 2009):

#### 1. Estrategias organizacionales

- a. Programas de socialización anticipatoria: pretende dar a conocer a los residentes una visión real del trabajo que han de desempeñar, para que adquieran las destrezas necesarias que les permita enfrentar con éxito las dificultades del puesto. Incluir lo bueno pero también los aspectos negativos de la residencia

(suavizando lo bueno para evitar perder a los profesionales de la salud desde un inicio).

- b. Evaluación y retroalimentación: tanto de los adscritos o maestros, como de los propios residentes. Esto permite cambiar la percepción que los empleados puedan tener de falta de éxito en su trabajo e incrementa la oportunidad para la identificación y discusión de los asuntos importantes para los profesionales en relación a su puesto, a su rol y a sus necesidades personales.
  - c. Desarrollo hospitalario u organizacional: a través de programas o intervenciones grupales cuyo objetivo será mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas dentro del hospital. Lo importante es que los integrantes de la organización o residencia hospitalaria estén motivados hacia el crecimiento o desarrollo personal; además de, procurar un ambiente que le apoye al residente y le sea retador.
2. Estrategias de carácter interpersonal y grupal: los cuales se caracterizan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y adscritos o jefes. A través del apoyo social los residentes obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas y consiguen apoyo emocional, consejos u otro tipo de ayuda (Palomares, 2009). Las principales estrategias son:
- a. Desarrollo de estilos de enfrentamiento adecuados
  - b. Entrenamiento en solución de problemas
  - c. Entrenamiento de la asertividad
  - d. Programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz

Estas son algunas aproximaciones de intervenciones psicológicas que se han llevado a cabo con la población de médicos residentes; sin embargo, una aportación importante sería explorar qué pasa con los médicos en el contexto cultural mexicano, si realmente evalúan o no estresante el contexto hospitalario, si presentan manifestaciones de ansiedad y/o depresión, así como la detección y la necesidad de pedir o contar con apoyo psicológico para llevar a cabo una intervención.

## **Planteamiento del problema**

Diversas y recientes investigaciones muestran que residentes médicos de diferentes especialidades presentan varios factores deteriorantes, entre ellos, alto estrés, ansiedad y depresión que disminuyen su Calidad de Vida, impactando principalmente a los médicos residentes de la especialidad de anestesiología; sin embargo, no se ha abordado el estudio de los posibles efectos que una intervención psicológica podría tener en esta población y las posibles consecuencias en su interacción con los pacientes y familiares que ellos atienden.

### **Objetivo General:**

Evaluar los elementos de la Calidad de Vida de los Médicos Residentes (CVMR) de la especialidad de anestesiología a través de los perfiles de estrés, ansiedad y depresión para diseñar una intervención psicológica en la forma de utilización de los estilos de enfrentamiento y su impacto en la CVMR.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las principales problemáticas y/o exigencias que perciben los Médicos Residentes al realizar su especialización en anestesiología.
2. Construir, adaptar y validar psicométricamente los instrumentos para evaluar la Calidad de Vida en sus componentes de estrés, ansiedad, depresión y estilos de enfrentamiento en Médicos Residentes.

3. Desarrollar una propuesta de Intervención Psicológica con base cognitivo – conductual, diseñada para los médicos residentes en anestesiología con base en sus necesidades, exigencias y/o problemáticas detectadas anteriormente.
4. Proponer intervenciones en otras especialidades, según lo detectado con la población de médicos residentes de anestesiología.

### **Hipótesis Conceptual**

La Calidad de Vida en Médicos Residentes (CVMR) es una variable que se manifiesta a través de los niveles de estrés, ansiedad y depresión, los cuales están moderados por los estilos de enfrentamiento. La CVMR se ve afectada, entre otros elementos, por el ambiente hospitalario y personal que rodea la realización de una residencia médica, específicamente la más vulnerable (anestesiología), por lo que se propone que una Intervención Psicológica podrá ser efectiva para modificar la percepción y estilo de enfrentamiento en este contexto y por tanto mejorar la CVMR.

Para cumplir con los objetivos anteriormente mencionados, la investigación se dividirá en tres fases, que se describen a continuación:

## ***Primera Fase: Exploración del ambiente hospitalario***

### **Planteamiento del problema:**

El ambiente hospitalario es un sitio de apoyo y ayuda a los usuarios y en algunos casos abarca a sus familiares; sin embargo, existe un gran número de personal que se queja de diversas problemáticas y/o exigencias, en este sentido es importante conocer cuáles son las que más se reportan entre los médicos residentes, específicamente en los residentes de anestesiología.

### **Objetivo:**

Explorar e identificar las principales problemáticas y/o exigencias que perciben los médicos residentes al estar realizando su especialización en anestesiología y de esta manera conocer los principales estresores que les aquejan, así como la obtención de situaciones específicas para ponerlas en los enunciados (medir estado) de los estilos de enfrentamiento. Con la técnica de Entrevistas con Grupos Focales (Vaugh, Shay & Sinagub, 1999), se exploró a profundidad lo que los anestesiólogos reportaban como problemas o exigencias al estar realizando su especialidad.

### **Participantes:**

24 Médicos Residentes que realizan su especialización médica en anestesiología. La muestra quedó conformada por 66.6% mujeres y 33.3% hombres y se llevó a cabo en tres hospitales de tercer nivel de la ciudad de México.

La participación fue voluntaria y previa aceptación por parte de los jefes de servicio de cada uno de los hospitales/institutos participantes. No se alteró el ritmo ni el horario de trabajo de ningún residente (Ver tabla 7)

Los grupos estuvieron conformados de la siguiente manera:

*Tabla 7.*  
*Descripción de los Grupos Focales*

	Residentes	Jerarquía	Duración
<b>Grupo Focal 1</b>	8 residentes:	R1: 2	36 mins. 22 seg.
	6 mujeres y 2 hombres	R2: 3	
		R3: 3	
<b>Grupo Focal 2</b>	7 Residentes	R1: 1	53 mins. 36 seg.
	6 mujeres y 1 hombre	R2: 3	
		R3: 3	
<b>Grupo Focal 3</b>	9 Residentes	R1: 3	50 mins. 15 seg.
	4 mujeres y 5 hombres	R2: 3	
		R3: 3	

**Instrumento:**

- Cuestionario de datos sociodemográficos
- Guía semiestructurada con preguntas que exploraron las principales problemáticas y/o exigencias reportadas por los médicos residentes. Esta guía se desarrolló con base en una secuencia lógica y natural de conversación, comenzando desde lo más sencillo e incrementando su complejidad a lo largo de la sesión. El moderador guió las preguntas y respuestas. El co-facilitador apoyó al moderador, observando y registrando por escrito las situaciones relevantes durante la sesión.

### **Procedimiento:**

Se presentó el proyecto a los jefes de servicio y se acordó fecha y hora para reunir a los residentes, quienes firmaron la carta de consentimiento con información (Ver anexo 1). Previamente se seleccionó un moderador con quien se revisó la guía semiestructurada para llevar a cabo la sesión (Ver anexo 2).

Antes de iniciar, se aclaró que no hablarían todos al mismo tiempo, no se distrajeran o interrumpieran mientras la sesión estuviera en curso. Se les aplicó el cuestionario sociodemográfico.

Los médicos participaron sin un orden específico, dialogando libremente. Con la técnica de Entrevistas con Grupos Focales (Vaugh, Shay & Sinagub, 1999), se exploró de manera más profunda lo que los médicos residentes reportan como problemas o exigencias al estar realizando la especialidad de anestesiología.

Se terminó la fase cuando el contenido llegó al punto de saturación (que las respuestas se volvieron repetitivas) en los diferentes grupos focales.

Se realizó la transcripción de cada una de las sesiones, se grabaron en formato RTF y se llevó a cabo el análisis de contenido de los datos recolectados por medio del Atlas.ti 5.0. El análisis de contenido estuvo dirigido por un objetivo principal: encontrar las principales exigencias o problemáticas que perciben los médicos residentes de anestesiología al estar realizando su especialidad. Se observó que en los grupos focales se expresaban factores protectores ante las exigencias o problemáticas expresadas, por lo que, al realizar un segundo análisis de contenido, se enfocó en encontrar dichos factores protectores que llevan al residente a presentar características saludables durante su residencia.

Posteriormente se formaron las unidades hermenéuticas con las cuales se generaron códigos y se obtuvieron los diagramas del comportamiento de éstos.

**Resultados:**

Se realizaron dos análisis de contenido, uno para encontrar las problemáticas y/o exigencias percibidas por los médicos residentes durante su especialidad de anestesiología y el segundo para encontrar los factores protectores que presentan los médicos para enfrentar la situación de la residencia.

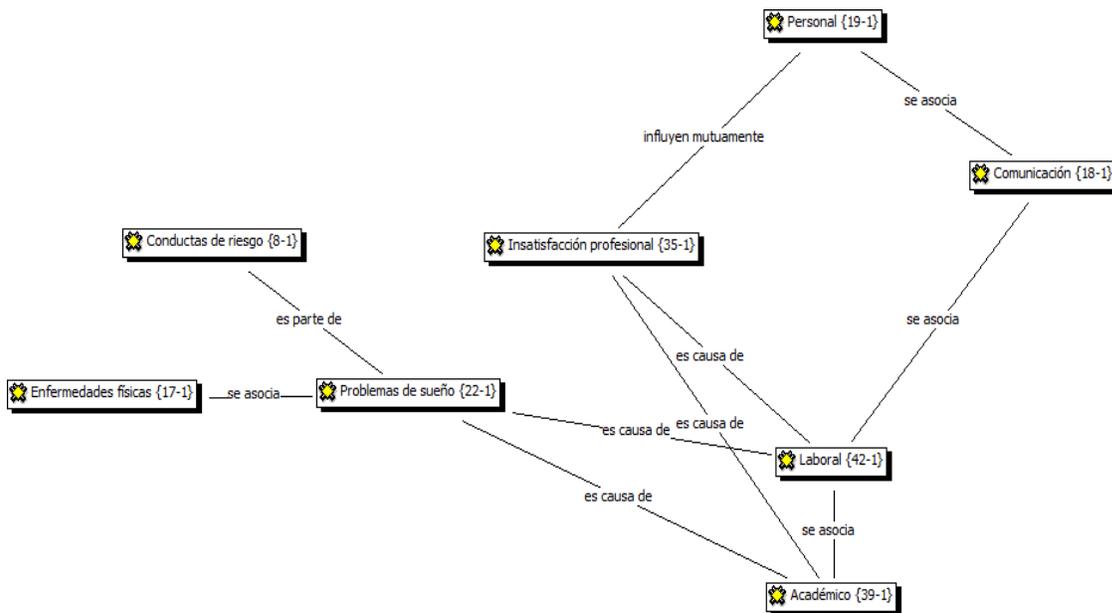
En el primer análisis se encontraron ocho códigos reportados como problemáticos o como exigencias percibidas durante su residencia. En la Tabla 8 se pueden observar los códigos con algunos ejemplos.

*Tabla 8*  
*Códigos y citas de problemáticas y/o exigencias percibidas por los residentes durante la residencia.*

Códigos	Ejemplos de citas
<b>Insatisfacción profesional</b>	“No estoy seguro de mi carrera, me pregunto al despertar si me equivoqué de carrera, no era lo que yo creía, me tengo que aguantar aunque no me guste, los pacientes no te dan las gracias solo al cirujano...”.
<b>Problemas de sueño</b>	“No duermo bien, me levanto a mitad de la noche, de guardia estás en vela, en la revisión me quedo dormida...”.
<b>Conductas de riesgo</b>	“Fumo todo el tiempo, ves a los demás con la botella, te catalogan como la alcohólica, me tomo algo para despertar, no podemos vivir sin coca (refresco)...”.
<b>Laboral</b>	“De ti depende toda la cirugía, eres responsable de si vive o muere, tienes que estar al 100, si se muere es tú culpa, hay que estar pendiente de las demandas, no encuentras cama para sacar al paciente, en las urgencias hay que resolver efectiva y rápidamente...”.
<b>Académico</b>	“Es demasiado lo que hay que leer, tienes que saber mucho y a la primera...”.
<b>Comunicación</b>	“Hay que hablar con el paciente y luego no entiende, los familiares se ponen muy difíciles, no encuentras a quién preguntar y si hay problemas se pone feo, las enfermeras no te apoyan por más que les digas...”.
<b>Personal</b>	“No te da tiempo de hacer ejercicio, no tienes novio, tu familia ya ni te reconoce, no quieres salir solamente dormir, los hijos no te reconocen...”.
<b>Enfermedades físicas</b>	“Tenemos dolor de cabeza constante, te duele el estómago/la panza, no sabes qué enfermedades pescarás, se te empieza a caer el pelo...”.

El Diagrama de comportamiento (Ver figura 1) se obtuvo a partir de los códigos generados de las unidades hermenéuticas analizadas con el Atlas.ti.

Figura 1.  
Diagrama de las categorías problemáticas y/o exigencias analizadas en Atlas.ti



Las áreas personal, laboral y académica están en el mismo nivel. De estas tres se desprenden las demás categorías la insatisfacción profesional y los problemas de sueño son los que más se presentan. A un nivel más alejado se encuentran las enfermedades físicas y los problemas de comunicación.

Como se describió anteriormente, también se realizó un segundo análisis de contenido, enfocándose a encontrar los factores protectores que llevan al residente a presentar características saludables durante su residencia, con el fin de conocer las conductas o cogniciones que deberán aprender/adquirir o seguir

realizando con el objetivo de mantener la salud emocional, psicológica y física durante su residencia.

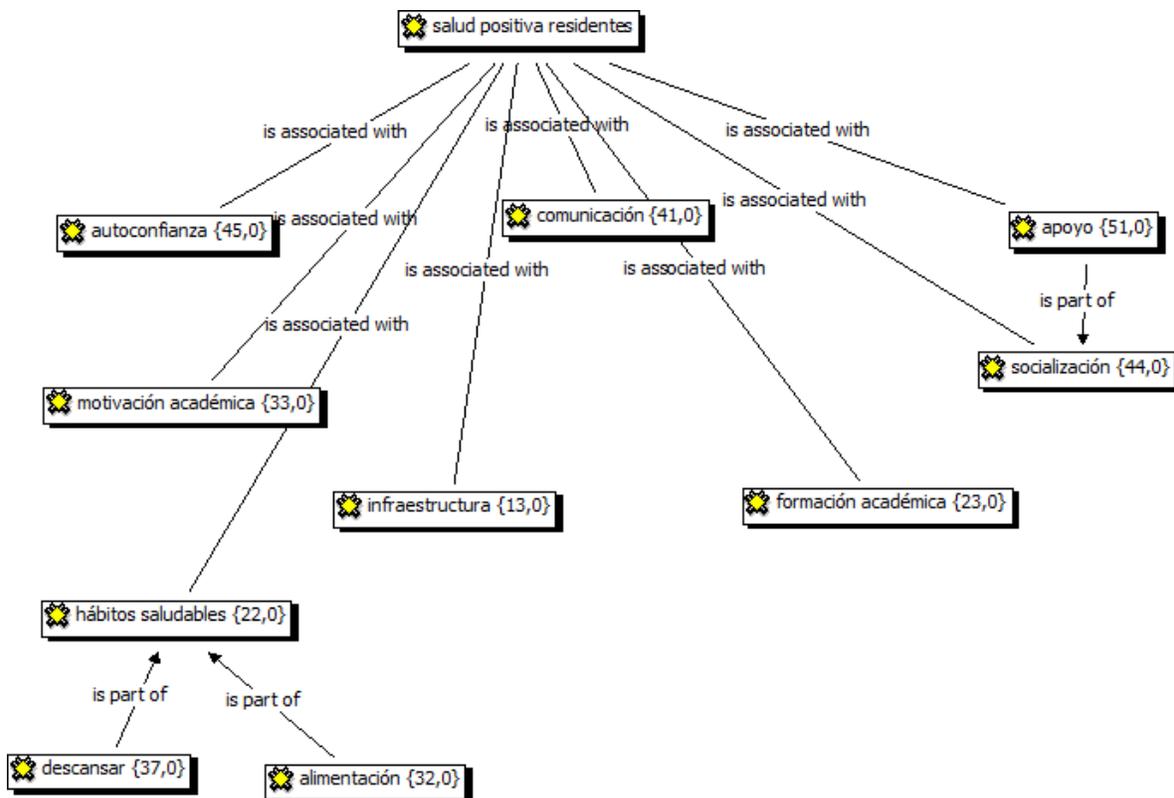
En el análisis de contenido se encontraron siete códigos principales. Se pueden observar en la Tabla 9.

**Tabla 9**  
*Códigos y citas de salud positiva en los residentes durante la residencia.*

Códigos	Ejemplos de citas
<b>Autoconfianza</b>	“Que el paciente salga bien gracias a ti, que los adscritos tengan confianza en tus métodos, entendemos que somos seres humanos y cometemos errores, capacidad de respuesta rápida, no culparnos de muertes principalmente cuando son casos difíciles o con mala adherencia...”.
<b>Comunicación</b>	“Tengo buena comunicación con mis adscritos ya que les puedo preguntar cualquier cosa en cualquier momento, la relación con el paciente es mejor si tenemos buena comunicación con él, el preguntar y contestarnos las dudas entre compañeros ayuda a sentirnos mejor...”.
<b>Socialización</b>	“Mi tiempo libre lo ocupo en otras cosas, trato de no aislarme de la familia, salgo con amigos a fiestas, mi novio/a me distrae de las actividades del hospital, tengo el apoyo total de mi marido/esposa...”.
<b>Motivación Académica</b>	“Cuando un caso te gusta aprendes más, los pacientes novedosos que nos son típicos requieren tu atención al 100% y te exigen estudiar por lo que aprendes sin regaños, te motiva el que los adscritos te comenten cosas buenas de tu trabajo, que te reconozcan tu esfuerzo los compañeros, si resuelves un problema sin ayuda de adscrito te ganas su reconocimiento...”.
<b>Formación Académica</b>	“El estudiar te ayuda, checar el expediente y leer sobre el caso te da mejores herramientas al momento de pasar visita, buscar artículos, preparar clases y hablar otro idioma como ingles te da ventajas sobre otros compañeros, estudiar y leer del caso ayuda a sentirse preparado...”.
<b>Infraestructura</b>	“Contar con lo necesario para trabajar, hablando de lo básico como: monitores, tubos, cintas, gasas, etc., te hace la vida mejor, el que al sacar al paciente ya tenga cama te facilita tu trabajo, entre nosotros nos apoyamos en las cuestiones administrativas, el comedor es bueno...”.
<b>Hábitos saludables</b>	“Salir del hospital, poder ir a casa a dormir fuera del hospital, el baño diario me despeja, no importa lo que tenga que hacer yo respeto mi hora de comida, evito irme sin desayunar, traigo un cambio de ropa extra por si no puedo salir del hospital al menos cambiarme...”.

El Diagrama de comportamiento (Ver figura 2), al igual que el anterior, se obtuvo a partir de los códigos generados de las unidades hermenéuticas analizadas con el Atlas.ti.

Figura 2.  
Diagrama de las categorías de salud positiva analizadas en Atlas.ti



Las categorías de autoconfianza, comunicación, motivación académica, infraestructura y formación académica se encuentran asociadas directamente con la salud positiva de los médicos residentes. En el caso de la socialización se encontró la subcategoría de apoyo directamente relacionada con ella; mientras

que en la caso de la categoría de hábitos saludables se encontraron las subcategorías de descanso y alimentación directamente relacionadas con los hábitos saludables. Estas dos últimas categorías (socialización y hábitos saludables) se relacionan directamente con la salud positiva de los médicos residentes.

### **Discusión:**

Con los datos obtenidos se llegó al índice de saturación, dando por terminada la primera fase con tres grupos focales los cuales mostraron homogeneidad relativa en la cantidad de participantes de los tres años que dura la especialidad de anestesia; no se encontró homogeneidad en cuestión a sexo ya que existió una predominancia femenina.

Cabe señalar que en el mes de abril del 2009, se presentó el problema de salud de la influenza AH1N1, con lo cual se prohibió realizar actos masivos al aire libre y gente reunida en lugares cerrados, por lo que la realización de más grupos focales estaba fuera del alcance del investigador.

Con los datos obtenidos en esta fase se puede ir planteando una intervención psicológica para los médicos residentes de anestesiología ya que en el primer análisis de contenido se observó que lo académico y laboral aparecen asociados con mayor frecuencia, mientras que, de manera lejana pero en una misma columna aparece el código de lo personal en el residente; es decir, este código ocupa un papel importante en la vida del residente junto con lo laboral y académico; sin embargo, aparece con menor frecuencia dado lo alejado que se encuentra de los otros dos códigos.

Los problemas de comunicación intra e inter sujetos se muestran asociados a lo laboral, académico y personal; mientras que la insatisfacción profesional influye mutuamente o de manera recíproca con lo personal, es decir, existen

problemas personales que impactan en la satisfacción profesional y viceversa. También se encontró que los problemas de insatisfacción profesional son causados por problemas en lo laboral y académico. Los problemas de sueño se ven impactados de igual manera por los problemas laborales y académicos, los cuales se asocian a enfermedades físicas, formando parte de algunas conductas de riesgo expresadas por los residentes.

Se logró obtener los principales estresores que aquejan a los médicos residentes de anestesiología, quienes reportan que las situaciones académicas y laborales son las que mayormente les aquejan; sin embargo, las situaciones personales (pareja y amigos principalmente, en menor medida por lo familiar) están presentes como parte aislada; es decir, les afecta en gran medida pero lo refieren como un área a parte de lo laboral o académico (están estrechamente ligados, según el diagrama). La mala comunicación e insatisfacción profesional afectan estas tres grandes áreas descritas anteriormente (laboral, académica y personal). El aspecto de salud se encontró en las categorías problemas de sueño, conductas de riesgo y enfermedades físicas.

Para conocer la parte positiva de la realización de la especialidad, se llevó a cabo un segundo análisis de contenido para identificar la existencia de categorías que hagan referencia a la salud positiva de los residentes. En este análisis se encontró que está directamente asociada a: la autoconfianza (capacidad de respuesta rápida y efectiva); motivación académica (“casos difíciles, casos novedosos tú te obligas a estudiar y aprender más”); comunicación (buena relación entre residentes, con adscritos, personal médico y pacientes); infraestructura (abastecimiento de lo necesario para trabajar adecuadamente durante la residencia) y formación académica (habilidad de búsqueda de artículos, checar expedientes, preparar y dar clases). Las otras dos categorías tienen subcategorías que forman parte de ellas. Socialización (salir con amigos, familia, pareja) tiene la categoría de apoyo (percibir y recibir apoyo de familia, amigos,

compañeros, pareja); mientras que, la categoría de hábitos saludables presenta las subcategorías de descansar y alimentación.

Estos hallazgos dan la pauta para conocer las bases de lo que se necesita conocer y divulgar en la Secretaría de Salud para que se tome en cuenta en la elaboración de los programas de estudio de las residencias médicas. En el caso de la residencia de anestesiología, que si bien es una de las más vulnerables de padecer trastornos emocionales, se podría generalizar a otras especialidades médicas.

En resumen, habría que realizar una intervención que incida en las áreas de comunicación adecuada entre los médicos, sus jefes y los pacientes; además de, trabajar en la manera de enfrentar ciertas situaciones como: el trabajo diario del residente, las actividades académicas, modificaciones conductuales para fomentar hábitos saludables y realizar actividades fuera del hospital. Será de vital importancia aclararles que no se trata de cambiar el contexto; sino de, cambiar la forma de percibirlo y de adquirir nuevas habilidades para poder enfrentar las situaciones que no podrán modificar.

No se puede cambiar la manera de trabajar en las instituciones médicas, ya que se ha llevado así por muchos años y expresan que seguirá así debido a que da resultados para los estudiantes (residentes entre ellos) y para los pacientes. Es por ello que una intervención cognitivo – conductual daría mejores resultados al incidir en la manera de percibir el contexto (cognoscitivamente) y en la manera de percibir las fortalezas y llevarlas a cabo (conductualmente) sin necesidad de cambiar las situaciones que no pueden cambiar.

Una vez detectadas las necesidades o problemáticas percibidas por los médicos residentes de anestesiología; así como las características de aquellos que presentan salud positiva, resultó necesario contar con instrumentos que indicaran si se tiene calidad de vida o no durante la residencia. Es por ello que se realizó la Segunda Fase de la investigación, la cual se describe a continuación.

## ***Segunda Fase: Desarrollo y validación psicométrica de la Batería de Pruebas culturalmente relevantes***

### **Planteamiento del problema:**

Los principales componentes de la Calidad de Vida en Médicos Residentes encontrados en la literatura son estrés, ansiedad y depresión. El contar con instrumentos culturalmente relevantes ayudará a explorar mejor dichos componentes.

### **Objetivo:**

Construir, adaptar y validar psicométricamente los instrumentos para evaluar la Calidad de Vida en sus componentes de estrés, ansiedad, depresión y estilos de enfrentamiento en médicos anesestesiólogos.

### **Objetivos específicos:**

1. Construir y validar psicométricamente un instrumento que mida los estresores a los que se enfrentan los médicos residentes de anesestesiología.
2. Traducir y adaptar el inventario de depresión de Beck-II (Beck, Steer & Brown, 1996).

3. Conocer los niveles de confiabilidad de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria “HAD” (López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 2002).
4. Adaptar la Escala Multidimensional-Multisituacional de estilos de enfrentamiento “EMMEE” a los médicos residentes (Reyes – Lagunes, 2000).
5. Validar y determinar la confiabilidad de los instrumentos elaborados y adaptados.

### **Procedimiento:**

De los instrumentos vistos en la literatura se encontraron dos instrumentos utilizados en población mexicana y que cuentan con índices psicométricos adecuados:

- La Escala Multidimensional-Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento “EMMEE” (Reyes – Lagunes, 2000).
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria “HAD” (López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 2002; Relamed & Siegel, 1976).

Se realizó un instrumento a partir de los datos obtenidos en la fase anterior (Fase 1) y lo que se conoce en la literatura sobre los principales problemas y/o exigencias que presentan o reportan los médicos residentes, con el fin de conocer los síntomas reportados de estrés y cuánto les afecta en su vida diaria:

- Lista de chequeo de estresores con intensidad (Reséndiz y Reyes-Lagunes, 2010).

Para la variable depresión se planteó el Inventario de Depresión de Beck-IDB (*BDI* en sus siglas en inglés), dado que el Inventario en inglés ya está en su segunda versión (*BDI-II*) la cual toma en consideración los parámetros del DSM-IV, se propuso traducirlo y adaptarlo:

- Inventario de Depresión de Beck-II (*IDB-II*).

Para conocer los niveles de ansiedad y corroborar los de depresión se propuso un instrumento traducido en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (*INCMNSZ*):

- Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*HAD*).

### **Resultados:**

Se presentan los resultados por instrumentos, los cuales se describen a continuación y en el siguiente orden:

1. *EMMEE*
2. *HAD*
3. *IDB-II*
4. Lista de chequeo de estresores con intensidad

---

## **La Escala Multidimensional Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento “EMMEE” para médicos residentes**

(Reyes – Lagunes, 1998)

---

La escala quedó conformada por 108 reactivos evaluados con un formato de respuesta tipo Likert pictórico de seis puntos que van desde Nunca hasta Siempre, divididos en seis subescalas de 18 reactivos cada una (Ver anexo 3). Esta escala evalúa el uso de diferentes estrategias de enfrentamiento en seis áreas.

Las situaciones o áreas fueron elaboradas de la siguiente manera:

De los grupos focales se identificaron las situaciones principales que afectaban a los residentes de anestesiología; se encontraron diversas categorías, que se clasifican en seis áreas: laboral, académico, personal (amistades y pareja) y salud. El aspecto vida es el que se reporta como rasgo en la escala.

Estas situaciones se presentaron en cada subescala, se ordenaron de manera aleatoria, quedando de la siguiente manera:

- Cuando tengo problemas laborales en el hospital yo...
- Cuando tengo problemas con mi pareja yo...
- Cuando tengo problemas con mi salud yo...
- Cuando tengo problemas en mi vida yo...
- Cuando tengo problemas con mis amigos yo...
- Cuando tengo problemas académicos en el hospital yo...

---

## **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria “HAD”**

(López, Vázquez, Arcila, Sierra, González & Salín, 2002; Relamed & Siegel, 1976).

---

Esta escala es la mayormente utilizada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) y, dado que, las autoridades médicas estaban familiarizadas con este instrumento, se decidió incluirlo; además de, se considero para corroborar niveles de depresión con el IDB-II.

En esta escala se miden ansiedad y depresión únicamente en sus dimensiones psicológicas, no evalúa los síntomas médicos propios de alguna enfermedad crónica o aquellos que podrían ser producto de estar en un ambiente hospitalario (Ver anexo 4). Consta de 14 preguntas divididas en siete de ansiedad y siete para depresión, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes van del 0 al 21. El punto de corte para ansiedad patológica es de ocho (8) y para depresión patológica es de siete (7).

Se tradujo y adaptó a población mexicana en el INCMNSZ obteniendo datos similares a los de Zigmond y Snaith en 1983 ( $kappa=0.64$ , IC de 95% 0.47-0.80,  $p<0.001$ ).

Para fines de esta investigación, se analizó su validez y confiabilidad nuevamente, aplicándose a 73 sujetos, observándose que presenta características psicométricas adecuadas, siempre que la calificación sea llevada a cabo por separado en ambos constructos (ansiedad y depresión).

---

## **Inventario de Depresión de Beck-II “IDB-II”**

(Beck, 1996, adaptado por Reyes-Lagunes, 2010)

---

Desde que Beck desarrolló este inventario en 1961 se ha constituido en una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para evaluar sintomatología depresiva. Se realizó una traducción al español (Jurado, 1998); sin embargo, Beck publicó la segunda versión de su inventario (Beck, Steer & Brown, 1996).

Se realizó el procedimiento de adaptación del instrumento, el cual siguió un diseño no experimental, de tipo transversal. La adaptación se llevó a cabo siguiendo los criterios propuestos por Reyes Lagunes y García (2008) descritos a continuación:

Como primer paso se tradujo, de manera individual, el instrumento original de inglés al español por parte de siete expertos psicólogos bilingües, procurando mantener la equivalencia del lenguaje y la equivalencia cultural de todos los reactivos. La re-traducción estuvo a cargo de dos psicólogos bilingües, quienes desconocían el instrumento original en inglés. Cabe mencionar que ninguno de los colaboradores en el proceso de traducción y re-traducción conocía el objetivo ni los antecedentes del estudio. Se hicieron cambios mínimos a la versión en español surgidos al comparar las versiones original y retraducida en inglés.

El piloteo se llevó a cabo con estudiantes universitarios, quienes no expresaron dudas. Los participantes que respondieron a la escala en la fase de validación fueron contactados en parques y escuelas, asegurándoles que su participación sería anónima y que sus respuestas serían utilizadas estrictamente para fines de investigación.

Posteriormente se realizaron análisis de distribución para probar que todas las opciones de respuesta para todos los reactivos fueron atractivas y que la distribución de los reactivos fue normal. Además de un análisis de discriminación, para el cual se crearon dos nuevas variables que sumaban todas las calificaciones de los reactivos de la dimensión depresión definidos en el instrumento original (BDI-II). Consecutivamente se creó una nueva variable, que dividía la distribución de estas dimensiones en altos y bajos. Un análisis de pruebas t-Student para muestras independientes mostró que todos los reactivos mostraron poder de discriminación.

Para conocer la consistencia interna se realizó un análisis de confiabilidad por medio de un Alfa de Cronbach. Los resultados mostraron un Alfa de Cronbach de .87. En ningún caso, la eliminación de un reactivo mejoró la consistencia interna, por lo tanto permanecieron todos los reactivos del inventario.

El inventario de depresión de Beck-II (IDB-II) es una escala de contenido, se basa en el DSM-IV y evalúa 4 componentes de la depresión (afectivo, conductual, cognitivo y psicológico). Consiste de 21 preguntas con cuatro opciones de respuestas que van del 0 al 3 (Ver anexo 5). Su calificación va del 0 al 63 y la interpretación es la siguiente:

*Tabla 10.*  
*Interpretación de los puntajes brutos del IDB-II*

Puntaje total	Rango
0 - 13	Mínima
14 - 19	Leve
20 - 28	Moderada
29 - 63	Severa

---

## **Lista de chequeo de estresores con intensidad**

(Reséndiz – Rodríguez y Reyes – Lagunes, 2010)

---

La lista de chequeo de estresores con intensidad consta de 37 reactivos que se construyeron a partir de la literatura y de los grupos focales, dichos reactivos evalúan los estresores a los que se enfrentan los médicos residentes de la especialidad de anestesiología. La lista de chequeo de estresores con intensidad tiene un tipo de respuesta dicotómica (presencia o ausencia), después de lo cual, deberán puntuar del 1 al 10 la intensidad con que les afecta, donde 1 es ligeramente y 10 es totalmente (Ver anexo 6).

Cada uno de los reactivos hace mención a un estresor, que representan ocho categorías: laboral, académico, personal, comunicación, insatisfacción profesional, enfermedades físicas, problemas de sueño y conductas de riesgo.

Con base en la revisión de la literatura, se identificaron 24 reactivos que miden el estrés y que afectan a los residentes independientemente de la especialidad a la que pertenezcan. De éstos, se detectaron reactivos que miden dos elementos a la vez, por lo que para su estudio se dividieron, con lo cual quedaron 26. Con el análisis de contenido que se realizó de los grupos focales se corroboran los 26 reactivos reportados previamente. Adicionalmente, de los grupos focales, también se obtuvieron 11 estresores específicos reportados por los residentes de anestesiología, obteniendo un total de 37 reactivos, los cuales evalúan ocho categorías. Los 37 reactivos fueron colocados de manera aleatoria.

Se realizó la aplicación del instrumento a 391 residentes anesthesiólogos. 60% mujeres y 39% hombres, 6 no contestaron (1%). Las edades oscilan entre 24

y 39 años. En cuanto al año de residencia 132 (33.8%) son R1, 143 (37.3) son R2 y el 28.9%(113) fueron R3.

Una vez aplicados los instrumentos y capturados los datos se realizó el tratamiento estadístico propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008): análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para cada reactivo, discriminación y direccionalidad. A través de la  $\chi^2$  se observó que todos los reactivos fueron significativos.

Para conocer la estructura interna del instrumento se realizó un análisis de conglomerados a través del método jerárquico donde se observan dos conglomerados principales que se dividen de la siguiente manera: conductas de riesgo, insatisfacción profesional y académico se agrupan en un conglomerado; mientras que, laboral, enfermedades físicas, problemas personales, escasez de recursos e incentivos y problemas de comunicación se agrupan en otro conglomerado. Ésta fue la primera aproximación del conocimiento de la estructura interna del instrumento (Reséndiz–Rodríguez, Jáuregui y Reyes–Lagunes, 2010).

Posteriormente se realizaron otros análisis para conocer los niveles de confiabilidad de la lista de chequeo. Para tal fin se realizó el Escalograma de Guttman por medio de la técnica Goodenough (Goodenough citado en Edwards, 1983), el cual calcula el índice de reproducibilidad (grado de precisión con el que se pueden reproducir las respuestas) en instrumentos de contestación dicotómica. Dicho análisis estadístico arrojó ocho dimensiones o categorías en las que se agrupan los reactivos, además del índice de reproducibilidad (Ver tabla 11), para cada una de las dimensiones.

Tabla 11.

*Coefficiente de reproducibilidad de Goodenough por categorías*

Categoría	Coefficiente de reproducibilidad
Problemas personales	.92
Conductas de riesgo	.91
Enfermedades físicas	.90
Comunicación	.86
Insatisfacción Profesional	.83
Laboral	.81
Académico	.75
Problemas de sueño	.71

Las categorías académico y problemas de sueño obtuvieron índices de reproducibilidad moderados; mientras que las demás categorías muestran índices altos.

En el caso de la variable intensidad del estrés, se quiso conocer la estructura del instrumento por medio de un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal; además de, análisis de confiabilidad interna Alpha de Cronbach por factor y para la escala completa. Este análisis arrojó seis factores y dos dimensiones, que explican el 57.25% de la varianza con una confiabilidad de 0.93.

Al revisar la confiabilidad por factores se observó que el sexto presentaba una confiabilidad de 0.68 y al quitar el reactivo 9 subió a 0.73; sin embargo, al eliminar dicho reactivo, quedaron finalmente 5 factores: ejercicio profesional (Media=3.18,  $\alpha$ =.83), manifestaciones depresivas (Media=0.91,  $\alpha$ =.76), vida social (Media= 2.43,  $\alpha$ =.79), estrés de la residencia (Media=3.06,  $\alpha$ =.80) y problemas físicos (Media. 4.26,  $\alpha$ =.75), los cuales explican el 52.27% de la varianza (Ver tabla 12).

Además se obtuvieron las medias y desviaciones estándar (Ver tabla 13) de dichos factores. Se observa que todas las medias son menores a la media teórica.

Tabla 12.

## Análisis factorial de la lista de chequeo de estresores con intensidad

<b>Factor 1</b> <b>EJERCICIO PROFESIONAL</b> <b>Valor propio: 11.71 Varianza explicada: 32.67%</b> <b><math>\alpha</math>: 0.83</b>	<b>Peso Factorial</b>
Ser demandado por mala práctica	.70
Pensar en la posibilidad de ser demandado	.69
Cometer errores	.68
Sobrecarga académica	.61
Situaciones de urgencia	.60
Tratar con pacientes difíciles	.56
Sobrecarga laboral	.54
Problemas de sueño	.49
Lidiar con enfado de familiares de pacientes	.45
<b>Factor 2</b> <b>MANIFESTACIONES DEPRESIVAS</b> <b>Valor propio: 2.24 Varianza explicada: 6.07%</b> <b><math>\alpha</math>: 0.76</b>	<b>Peso Factorial</b>
Intentos suicidas	.84
Pensamientos suicidas	.77
Que se me antoje tomar bebidas alcohólicas en el trabajo	.68
Incertidumbre en la práctica médica	.64
<b>Factor 3</b> <b>VIDA SOCIAL</b> <b>Valor propio: 1.88 Varianza explicada: 5.10%</b> <b><math>\alpha</math>: 0.79</b>	<b>Peso Factorial</b>
Problemas con la pareja	.69
Problemas familiares	.68
Interferencia del trabajo con la vida familiar	.63
Mala comunicación con adscritos o jefes	.61
Disminución del interés por actividades cotidianas	.43
Disminución del placer	.40
<b>Factor 4</b> <b>ESTRÉS DE LA RESIDENCIA</b> <b>Valor propio: 1.81 Varianza explicada: 4.91%</b> <b><math>\alpha</math>: 0.80</b>	<b>Peso Factorial</b>
No contar con incentivos	.77
Escasez de personal de apoyo	.68
Sentirme poco remunerado	.68
Escasez de recursos	.67
<b>Factor 5</b> <b>PROBLEMAS FISICOS</b> <b>Valor propio: 1.28 Varianza explicada: 3.48%</b> <b><math>\alpha</math>: 0.75</b>	<b>Peso Factorial</b>
Dolor de espalda	.79
Dolor de piernas/pies	.74
Enfermedades físicas	.68

**Tabla 13.**  
*Medias y Desviaciones estándar de los factores finales*

	<b>Ejercicio profesional</b>	<b>Manifestaciones depresivas</b>	<b>Vida social</b>	<b>Estrés de la residencia</b>	<b>Problemas físicos</b>
Media	3.18	0.91	2.43	3.06	4.26
D. E	2.20	1.42	2.02	2.58	2.56

\*media teórica=5.5

### **Discusión:**

Los instrumentos encontrados en la literatura como el EMMEE y el HAD muestran ser pertinentes para ser utilizados con los médicos residentes de anestesiología. Específicamente en el caso del HAD se deberá tener cuidado de tratarlo como dos pruebas diferentes (una de ansiedad y la otra de depresión); ya que al realizar la validación psicométrica analizándola como un solo instrumento, no presentaba niveles adecuados de confiabilidad.

Al realizar el procedimiento de construcción y validación psicométrica de la lista de chequeo de estresores con intensidad se tuvo el cuidado necesario para identificar de la teoría los principales estresores que afectan a los residentes; sin embargo, fue necesario incluir aquellos que afectan específicamente a los anestesiólogos por lo que se insertaron dentro de la lista de chequeo aquellos que se reportaron en los grupos focales (primera fase del estudio). Además, se les preguntó la intensidad con la que el estresor les afecta, con esto se pudo realizar la validación psicométrica del instrumento.

El inventario de depresión de Beck-II obtuvo resultados similares a la versión original en inglés (Beck, Steer & Brown, 1996). Los coeficientes de consistencia interna son aceptables y se asemejan a los obtenidos en su versión

original. Las adecuadas propiedades psicométricas de esta adaptación señalan la conveniencia del instrumento para su uso en anesthesiologists mexicanos.

Por lo tanto, la batería de pruebas culturalmente relevantes mostró adecuados niveles de confiabilidad y validez para la población meta: médicos residentes mexicanos que se encuentran realizando su especialidad de anestesiología.

Al mismo tiempo que se llevaba a cabo la construcción y validación psicométrica de la batería de pruebas, se realizó la gestión administrativa necesaria para poder tener acceso a todos los médicos residentes de la especialidad en anestesiología lo cual incluyó concertar citas, exponer proyecto con autoridades hospitalarias y miembros de Comité Académico de la Facultad de Medicina de la UNAM de la subárea de anestesiología; además de, promover ventajas de llevar a cabo la investigación a los jefes del Comité Académico, realizar trabajos por escrito y ponencias sobre la investigación y finalmente el adaptarse a los horarios de trabajo de los médicos residentes.

Es importante enfatizar que parte importante de que esta investigación haya sido llevada a cabo de manera exitosa, responde a la resistencia y no desesperación que todo lo anterior se mencionó.

Se logró trabajar con los residentes de anestesiología a nivel nacional. Las autoridades médicas los citaron en horas y días específicos para participar en ésta investigación.

Los resultados obtenidos proporcionaron los elementos para llevar a cabo una propuesta de Intervención Psicológica en ésta población, constituyendo la tercera fase, que se muestra a continuación.

### ***Tercera Fase: Diseño de propuesta de Intervención Psicológica.***

#### **Planteamiento del problema:**

Las intervenciones psicológicas han mostrado ser eficaces para tratar problemas de depresión, ansiedad y enfrentamiento al estrés en la población en general. En la actualidad existen intervenciones desarrolladas y evaluadas con alumnos de la carrera de medicina, enfermeras y por su puesto pacientes y sus familiares; sin embargo, hace falta una intervención psicológica en la población de médicos residentes que responda a sus demandas y necesidades.

#### **Pregunta de investigación**

¿Qué efecto tendrá una Intervención Psicológica en la Calidad de Vida de los Médicos Residentes?

#### **Objetivo:**

Conocer las áreas deficientes de los Médicos Residentes de anestesiología para desarrollar una intervención psicológica que les permita contar con Calidad de Vida durante la realización de su curso de especialización.

## Hipótesis Estadísticas

Presentamos a continuación las hipótesis estadísticas en su carácter de alternas.

H1. Los niveles de estrés reportados por los Médicos Residentes serán significativamente más altos que los de la población general.

- a) El sexo de los participantes tendrá un efecto significativo
- b) El estado civil tendrá un efecto significativo
- c) La especialidad tendrá un efecto significativo
- d) Habrá interacciones significativas entre estas variables

H2. Los niveles de ansiedad reportados por los Médicos Residentes serán significativamente más altos que los de la población general.

- a) El sexo de los participantes tendrá un efecto significativo
- b) El estado civil tendrá un efecto significativo
- c) La especialidad tendrá un efecto significativo
- d) Habrá interacciones significativas entre estas variables

H3. Los niveles de depresión reportados por los Médicos Residentes serán significativamente más altos que los de la población general.

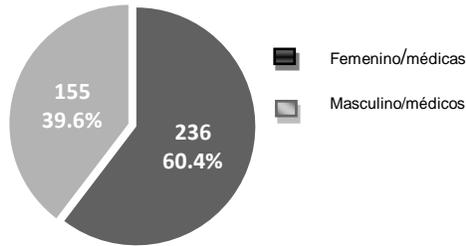
- a) El sexo de los participantes tendrá un efecto significativo
- b) El estado civil tendrá un efecto significativo
- c) La especialidad tendrá un efecto significativo
- d) Habrá interacciones significativas entre estas variables

#### **Participantes:**

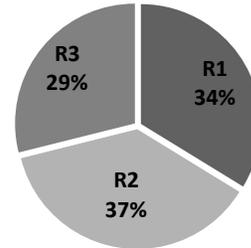
Se contó con una muestra de 420 residentes de anestesiología. Se eliminaron 29 por no completar los instrumentos en su totalidad quedando 391 participantes. El 60.4% fueron mujeres, mientras que el 39.6% hombres (Ver figura 3). Las edades oscilaron entre 24 y 39 años con una moda de 28. En cuanto al rango de residencia 132 (33.8%) eran R1, 143 (37.3%) R2 y el 28.9% (113) R3 (Ver figura 4). En su mayoría eran solteros (68%), mientras que el 31% estaban casados o vivían en unión libre; el 1% eran viudos (ver figura 5). Las sedes hospitalarias fueron en su mayoría centralizadas en el DF y Estado de México (88.6%), mientras que el 11.4% fueron residentes con sedes del interior de la república (Ver Tabla 14).

Para tener una idea visual de los datos de los participantes se presentan las gráficas de los datos a continuación:

**Figura 3.**  
*Porcentaje de participantes por sexo*

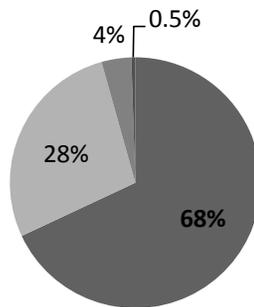


**Figura 4.**  
*Porcentaje de participantes por año de residencia*



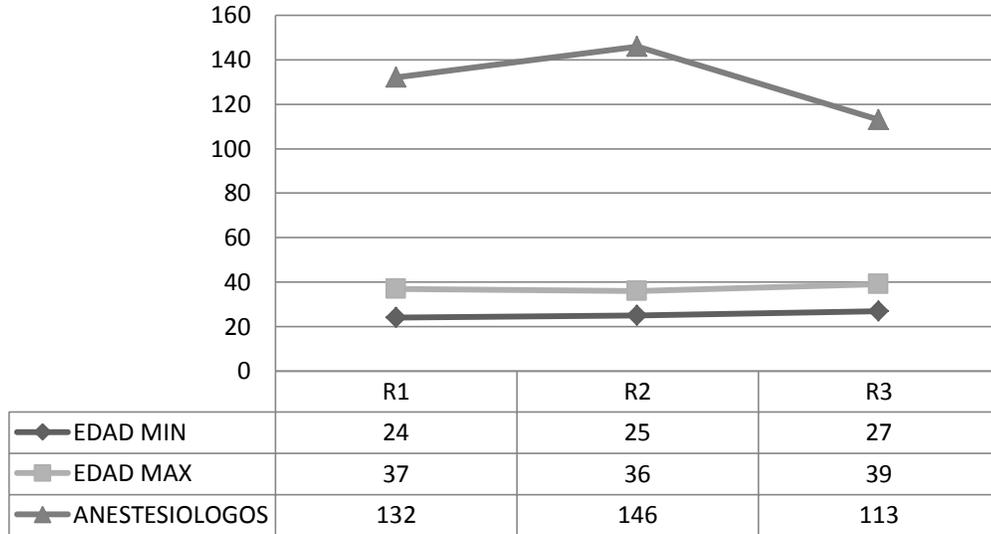
**Figura 5.**  
*Porcentaje de participantes por estado civil*

■ Soltera(o) ■ Casada(o) ■ Unión Libre ■ Viuda(o)

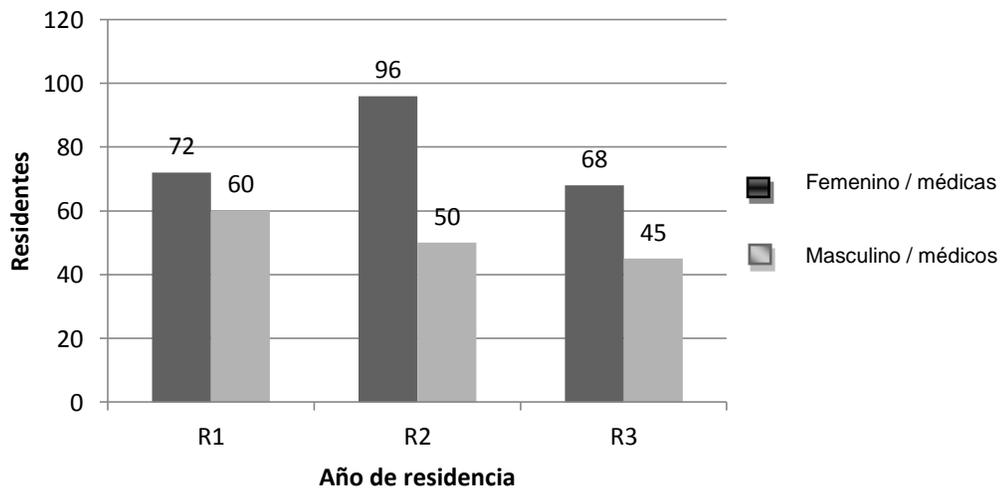


También se observó cómo se comportó la muestra de residentes de Anestesiología en cuanto al rango de edad (Ver figura 6) y sexo (Ver figura 7) por año de residencia.

**Figura 6.**  
 Edad mínima y máxima del total de anestesiólogos por año de residencia (R1, R2 y R3).



**Figura 7.**  
 Comparación por sexo y año de residencia



Parte importante de la descripción de los participantes es en dónde se encontraban realizando su especialidad; en este caso, se realizó la convocatoria a nivel nacional en los residentes de anestesiología. De los que llegaron (450 médicos residentes), respondiendo a la convocatoria de las autoridades médicas, la mayoría se encontraban realizando su especialidad en el DF y áreas conurbadas (Ver tabla 14):

Tabla 14.  
Porcentaje de participantes por sede hospitalaria

Hospital	Lugar	Residentes	Porcentaje
CMN La Raza	DF	71	18.2
CMN Siglo XXI IMSS	DF	69	17.6
HG Ticomán	DF	36	9.2
Hospital General de México	DF	34	8.7
Hospital Juárez de México	DF	21	5.4
Centro Médico ABC	DF	14	3.6
HG Morelia Dr. Miguel Silva	P	14	3.6
HG Gea González	DF	14	3.6
HG Adolfo López Mateos	DF	11	2.8
H de Especialidades Picacho PEMEX	DF	11	2.8
INCMNSZ	DF	10	2.6
H Central Norte PEMEX	DF	10	2.6
CMN 20 de Noviembre	DF	9	2.3
HG Acapulco	P	8	2
Hospital Español	DF	7	1.8
H Regional 1° de Octubre	DF	6	1.5
ISSSTE Dr. Darío Fernández Fierro	DF	6	1.5
Hospital de la mujer, Morelia	P	6	1.5
Tacuba	DF	5	1.3
HG Regional Ignacio Zaragoza	DF	4	1
H Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro	DF	4	1
Medica Sur	DF	3	.8
Ángeles Mocol	DF	3	.8
ISSSTE Dr. Fernando Quiroz	DF	3	.8
HGR 72 IMSS	DF	2	.5
HGZ 1ª Venados	DF	2	.5
ISSSTE Dr. Gonzalo Castañeda	DF	2	.5
ISSSTE Zaragoza	DF	1	.3
Hospital de la Mujer	--	1	.3
Troncoso	DF	1	.3
SSA DF	--	1	.3
ISSSTE	--	1	.3
Missing	--	1	.3

DF= Sedes en el Distrito Federal  
P= Sedes en provincia

### **Instrumentos:**

Se aplicó la batería de pruebas culturalmente relevante que consistió en los siguientes instrumentos:

1. Escala Mutidimensional-Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento “EMMEE”
2. Inventario de Depresión de Beck-II “IDB-II”
3. Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria “HAD”
4. Lista de chequeo de estresores con intensidad
5. Cuestionario de datos sociodemográficos (Ver anexo 7)

### **Procedimiento:**

Los instrumentos fueron aplicados durante los fines de semana de noviembre y diciembre del 2009 en el auditorio “Raoul Fournier Villada” de la Facultad de Medicina de la UNAM de manera grupal. Las autoridades correspondientes citaron previamente a los alumnos quienes aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación previa firma de carta de consentimiento con información.

Se hizo hincapié en que los resultados serían anónimos, que no afectarían su desempeño académico y se les dio cita abierta para poder contar con apoyo psicológico para quien lo considerara conveniente; así como, recibir sus resultados de manera individual y confidencial si así lo quisieran. Posteriormente se aplicaron los instrumentos.

Al finalizar, podrían retirarse dándoles las gracias por su participación y reiterándoles la confidencialidad de los datos.

Se capturaron los datos y se realizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión: media, mediana y moda, mientras que para obtener diferencias entre grupos se realizaron pruebas t de Student y ANOVA. Para conocer qué variables se relacionan con más fuerza y conocer su dirección se realizaron análisis de correlaciones.

Todos los datos fueron capturados y analizados por medio del paquete estadístico SPSS 16.

### **Resultados:**

Se presentan por instrumento con la muestra total y específicos en el caso de encontrar diferencias significativas por sexo, edad, estado civil y año de residencia.

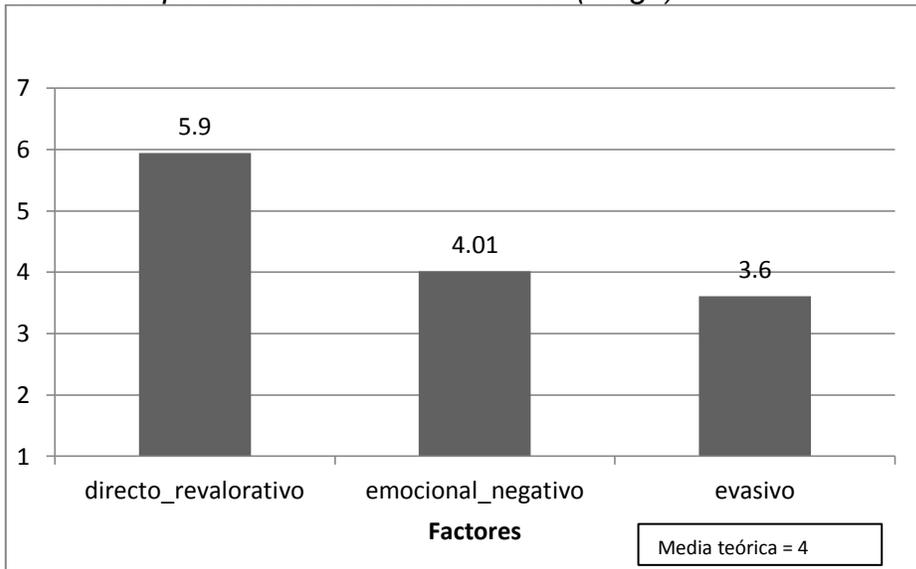
---

## EMMEE

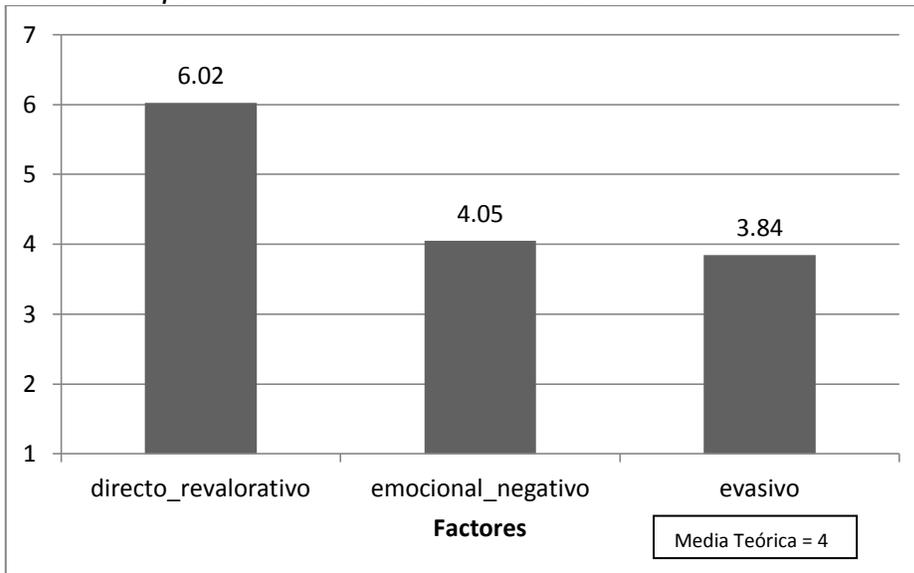
---

Con el fin de conocer los principales estilos de enfrentamiento utilizados por los anestesiólogos en las diferentes áreas encontradas en la primera fase de ésta investigación, se analizaron cada uno de los factores de la escala según las siguientes situaciones: Vida (rasgo), Laboral, Pareja, Académico, Amigos y Salud.

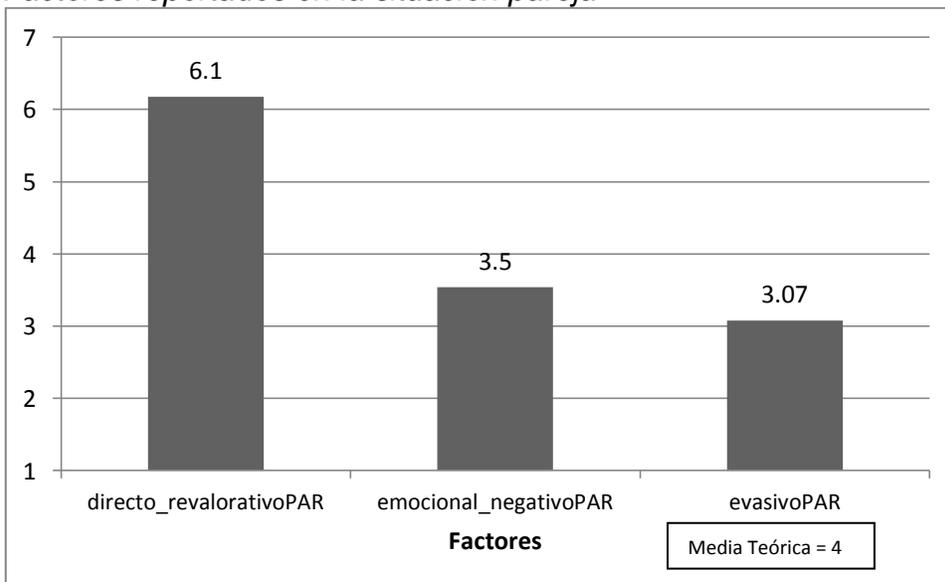
*Figura 8.*  
*Factores reportados en la situación vida (rasgo)*



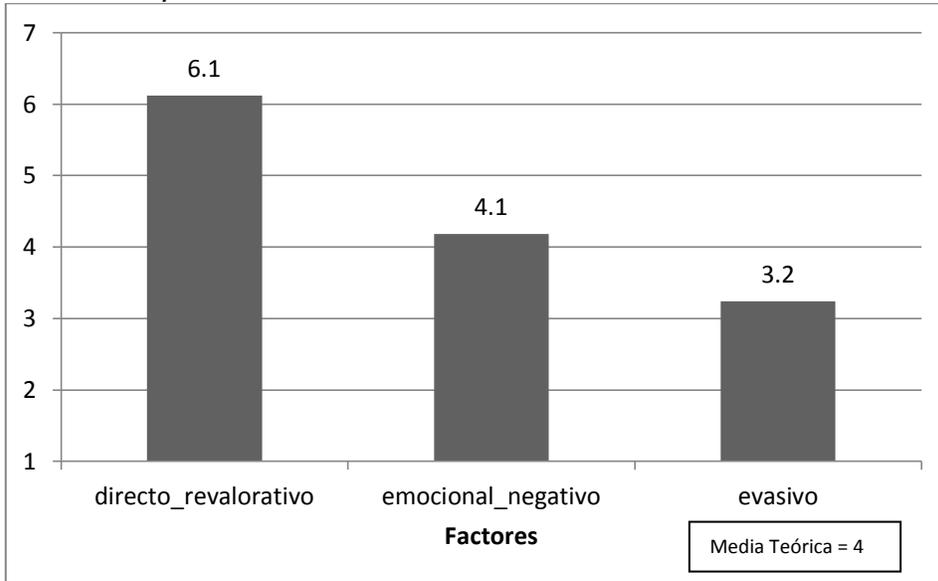
**Figura 9.**  
*Factores reportados en la situación laboral*



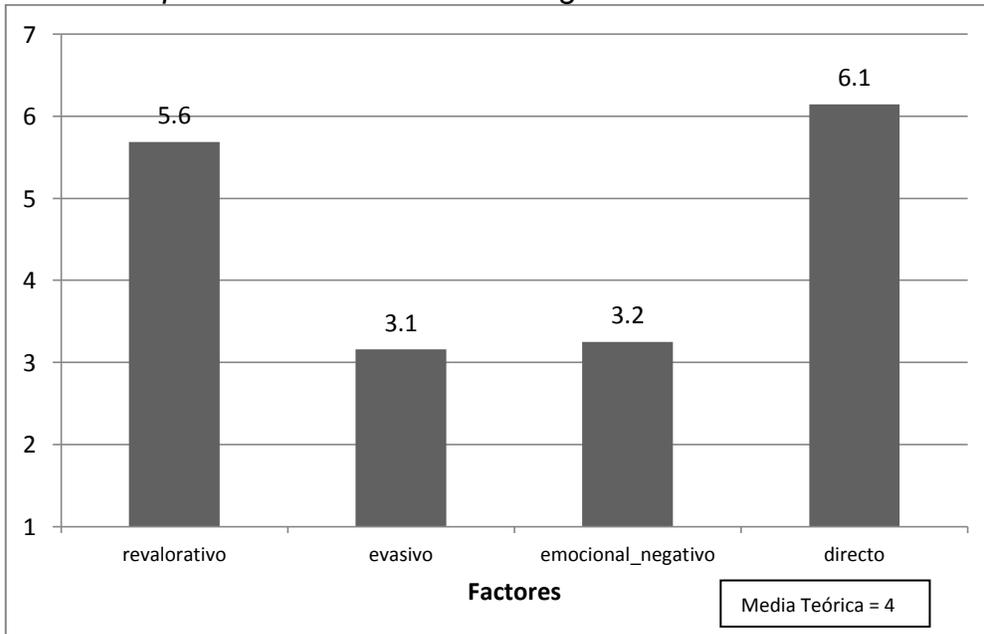
**Figura 10.**  
*Factores reportados en la situación pareja*



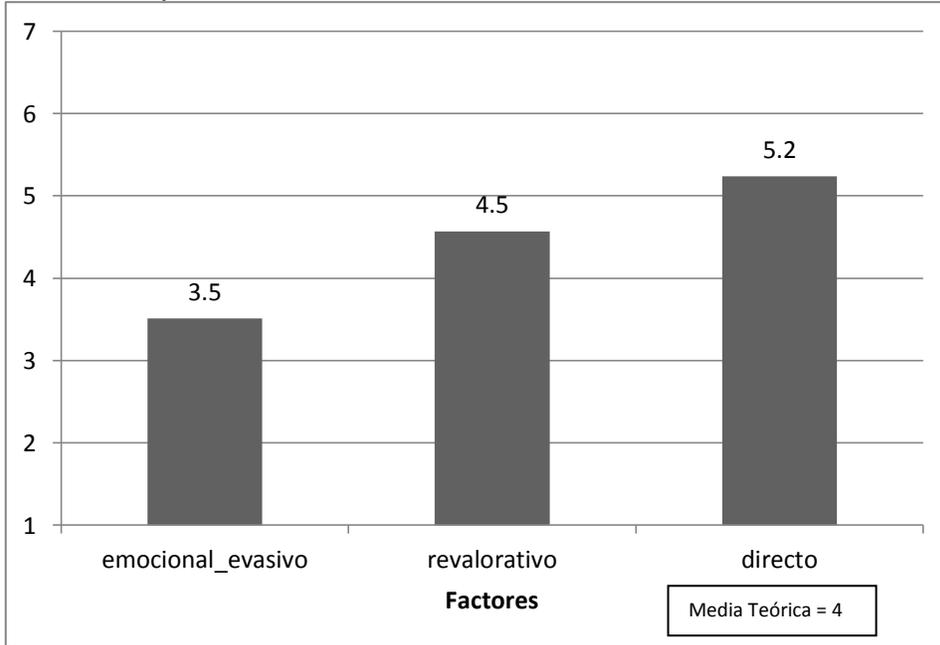
**Figura 11.**  
*Factores reportados en la situación académico*



**Figura 12.**  
*Factores reportados en la situación amigos*



**Figura 13.**  
*Factores reportados en la situación salud*



**Diferencias significativas en las variables sexo, edad y año de residencia:**

Se realizaron pruebas t-Student y ANOVA para identificar si existen diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, año de residencia y los estilos de enfrentamiento presentados por los médicos residentes de anestesiología. Los resultados se muestran a continuación:

## AÑO DE RESIDENCIA

Existieron diferencias significativas en la situación PAREJA y estilo EVASIVO ( $F_{2,388}=5.15$ ,  $p=0.006$ ); donde, la prueba post hoc de Scheffé indica que se debe al grupo R3 y los puntajes por grupos son: R1 ( $M=3.15$ ;  $D.E.=1.21$ ), R2 ( $M=3.23$ ,  $D.E.=1.25$ ), R3 ( $M=2.77$ ,  $D.E.=1.06$ ).

Las áreas Laboral, académico, amigos, salud y vida no mostraron tener datos estadísticamente significativos.

## SEXO

Estilo de enfrentamiento EMOCIONAL NEGATIVO y PAREJA ( $t_{389}=5.29$ ,  $p=0.000$ ) donde mujeres obtuvieron  $M=3.80$  y  $D.E.=1.27$ ; mientras que los hombres con  $M=3.23$  y  $D.E.=1.11$ . En la situación ACADEMICO ( $t_{389}=4.08$ ,  $p=0.000$ ) con puntajes en las mujeres de  $M=4.42$  y  $D.E.=1.40$ : mientras que en los hombres  $M=3.82$  y  $D.E.=1.44$ . En el caso de la situación LABORAL ( $t_{389}=3.35$ ,  $p=0.001$ ) los puntajes en las mujeres fueron:  $M=4.21$  y  $D.E.=1.16$ ; mientras que los hombres obtuvieron:  $M=3.80$  y  $D.E.=1.23$ .

En el estilo de enfrentamiento EMOCIONAL EVASIVO se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la situación de SALUD ( $t_{389}=2.66$ ,  $p=0.009$ ), cuyos puntajes en las mujeres fue de  $M=3.64$  y  $D.E.=1.27$ ; mientras que en los hombres se encontró que  $M=3.3$  y  $D.E.=1.08$ .

En las situaciones de VIDA y AMIGOS no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

## ESTADO CIVIL

El estilo de enfrentamiento EVASIVO mostró diferencias estadísticamente significativas en la situación PAREJA ( $F_{3,387}=4.16$ ,  $p=0.006$ ); se encontraron los puntajes mayores en los solteros ( $M=3.22$ ,  $D.E.=1.19$ ); mientras que, los demás estados civiles obtuvieron los siguientes puntajes: casados ( $M=2.77$ ,  $D.E.=1.14$ ), unión libre ( $M=2.71$ ,  $D.E.=1.33$ ), viudos ( $M=2.75$ ,  $D.E.=1.41$ ). En el caso de la situación ACADEMICO ( $F_{3,387}=3.09$ ,  $p=0.020$ ) los puntajes menores se observaron en los casados. Solteros ( $M=3.31$ ,  $D.E.=1.22$ ), casados ( $M=2.97$ ,  $D.E.=1.23$ ), unión libre ( $M=3.28$ ,  $D.E.=1.51$ ), viudos ( $M=3.23$ ,  $D.E.=1.25$ ).

Las áreas VIDA, SALUD, AMIGOS y LABORAL no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

---

## **LISTA DE CHEQUEO DE ESTRESORES CON INTENSIDAD**

---

Con la finalidad de conocer qué estresores son los que más les afectan a los médicos anestesiólogos que participaron en el estudio, se realizó un análisis descriptivo de los datos de la lista de chequeo de estresores por medio de análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión: media, mediana y moda. Se compararon los resultados y se observó que la media respondía mejor y de manera adecuada a las preguntas de investigación, por lo que se realizaron análisis de intensidad promedio por:

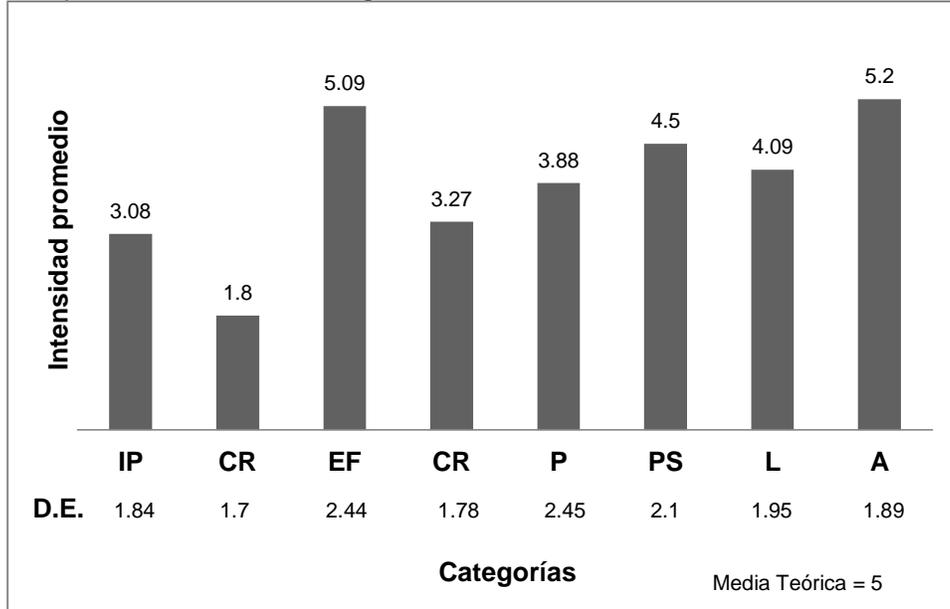
- **Categorías:** Se obtuvo la intensidad promedio de las ocho categorías que componen el instrumento. Las categorías son: Insatisfacción profesional (IP), Conductas de riesgo (CR), Enfermedades físicas (EF), Comunicación (C), Problemas personales (P), Problemas de sueño (PS), Laboral (L) y Académico (A). Los puntajes de la intensidad de las categorías de la lista de chequeo van del 1 al 10, donde 1 es ligeramente y 10 es totalmente
- **Reactivos:** Se obtuvo la intensidad promedio de cada uno de los 37 reactivos que componen la lista de chequeo de estresores. Se pretendía conocer si existían diferencias por año de residencia, razón por la cual se llevaron a cabo análisis por muestra total y por jerarquía o año de residencia (R1, R2 y R3). La intensidad de los reactivos de la lista de chequeo va del 1 al 10, donde 1 es ligeramente y 10 es totalmente.

A continuación se presentan los resultados por categorías, reactivos de la muestra total y por año de residencia.

La figura 14 muestra los resultados de la media (M) y desviación estándar (D.E.) de la muestra total de médicos residentes de anestesiología.

Figura 14.

*Intensidad promedio de las categorías de los estresores de la muestra total*

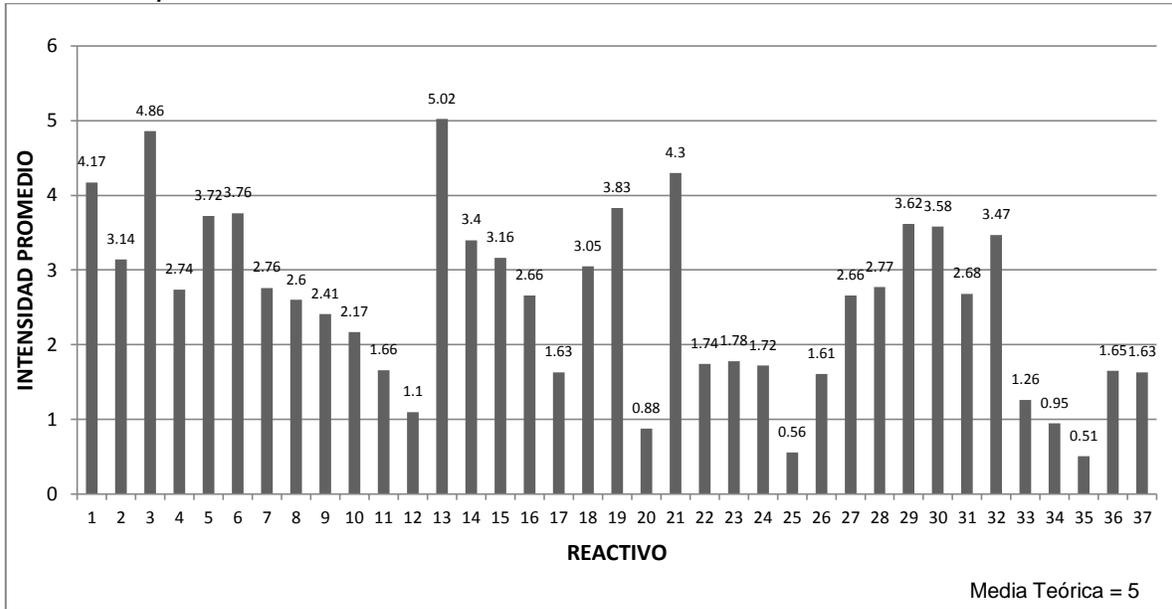


Las categorías Académico y Enfermedades físicas son las que presentan intensidades promedio por encima de la media teórica. La categoría de conductas de riesgo es la que menos intensidad presenta en la muestra de médicos residentes de anestesiología.

Posteriormente se obtuvo la intensidad promedio de cada reactivo. A continuación se presentan las gráficas de la muestra total y por año de residencia.

Figura 15.

Intensidad promedio de los estresores de la muestra total



Los estresores reportados por la muestra total de médicos residentes de anestesiología, con una intensidad promedio mayor son:

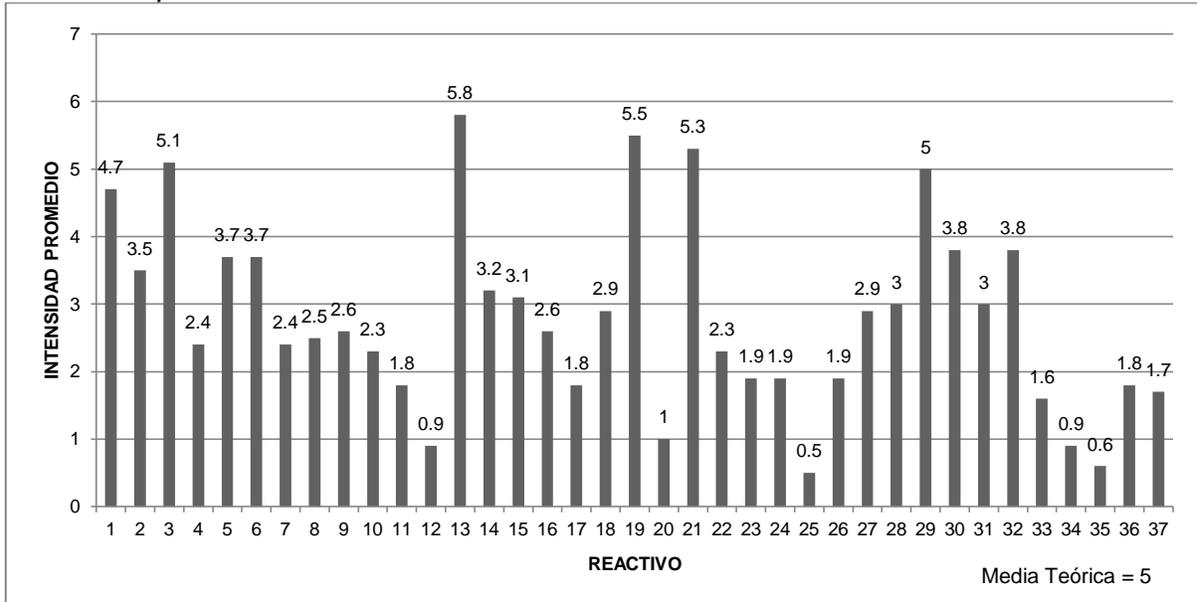
- Mala comunicación con sus adscritos o jefes (puntaje por arriba de la media teórica).
- Sentimiento de responsabilidad de vidas humanas
- Pensamientos suicidas
- Sobrecarga de trabajo laboral
- Problemas de sueño
- Dolor de piernas y/o pies
- Insatisfacción profesional

Los reactivos que presentaron menor intensidad promedio fueron:

- Intento suicida
- Fumar

Los resultados obtenidos por año de residencia (R1, R2 y R3) se muestran a continuación:

Figura 16.  
Intensidad promedio de los estresores de la muestra de los R1



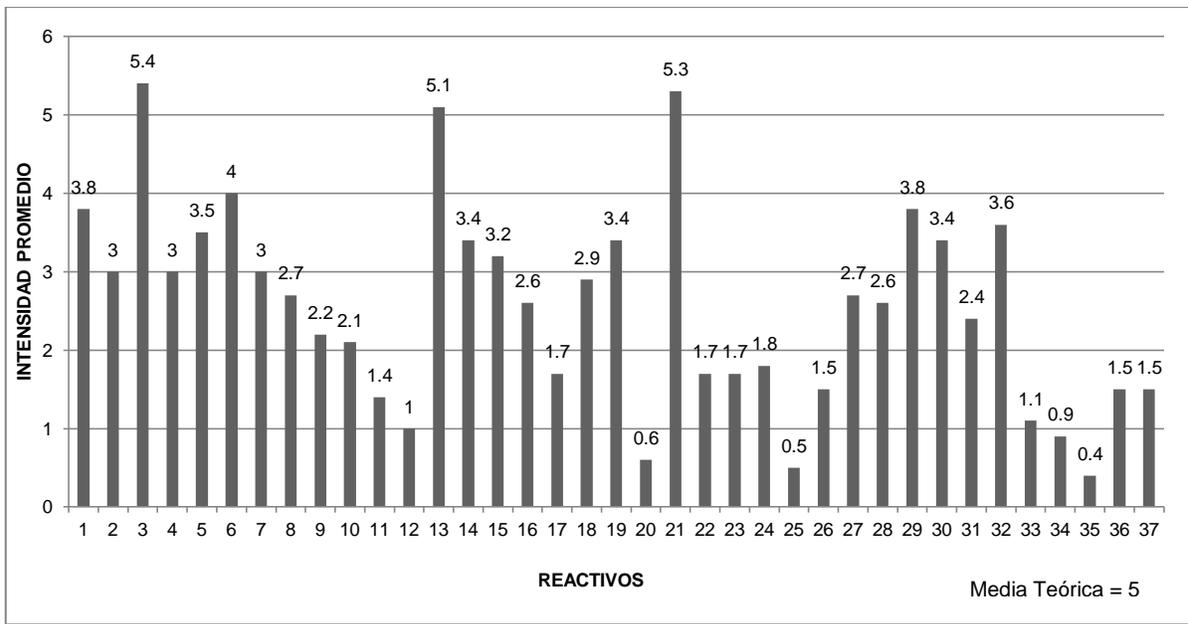
Los estresores con una intensidad promedio por encima de la media teórica, reportados por la muestra de los residentes de primer año (R1) de anestesiología son:

- Sentimiento de responsabilidad de vidas humanas
- Ser demandado por mala práctica
- Cometer errores
- Dolor de piernas y/o pies
- Sobrecarga académica

Los reactivos que presentaron menor intensidad promedio fueron:

- Intento suicida
- Fumar
- Automedicarse

Figura 17.  
Intensidad promedio de los estresores de la muestra de los R2



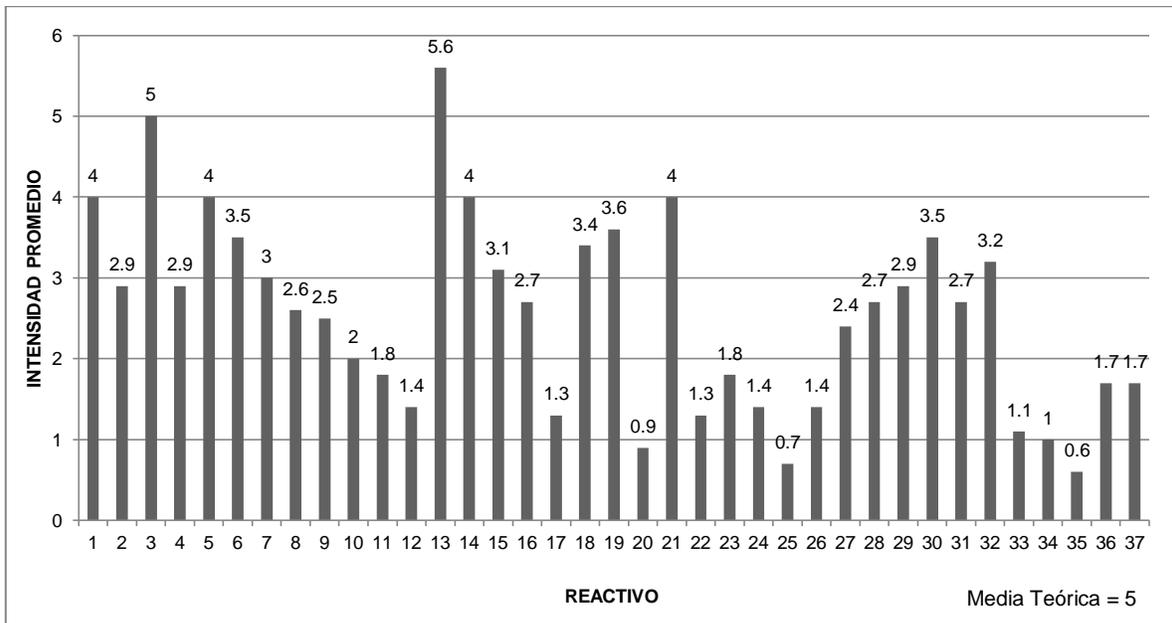
Los estresores con una intensidad promedio con puntajes por encima de la media teórica, reportados por la muestra de los residentes de segundo año (R2) de anestesiología son:

- Dolor de piernas y/o pies
- Cometer errores
- Sentimiento de responsabilidad de vidas humanas

Los reactivos que presentaron menor intensidad promedio fueron:

- Intentos suicidas
- Fumar

Figura 18.  
Intensidad promedio de los estresores de la muestra de los R3



Los estresores con una intensidad promedio por encima de la media teórica, Reportados por la muestra de los residentes de tercer año (R3) de anestesiología son:

- Sentimiento de responsabilidad de vidas humanas
- Dolor de piernas y/o pies

Los reactivos que presentaron menor intensidad promedio fueron:

- Pensamientos suicidas
- Intentos suicidas
- Fumar

Se observa que la cantidad e intensidad de los estresores va disminuyendo conforme el año de residencia aumenta; es decir, la intensidad y cantidad de estresores es mayor en los anesthesiólogos de primer año (R1) que en los del último año (R3).

Los estresores que se reportan con menor intensidad en los tres años de residencia son: deseos suicidas, intento suicida, no poder fumar y automedicarse.

La intensidad promedio que presenta la menor intensidad en la muestra total y se repite en cada uno de los años de la residencia es la de no poder fumar e intento suicida.

---

## IDB-II y HAD

---

Se muestran los resultados de estos instrumentos en un mismo apartado ya que los dos evalúan depresión. La parte de ansiedad estuvo identificada únicamente con el HAD.

El IDB-II mostró resultados adecuados en los análisis de distribución, discriminación e índices de confiabilidad y validez, procedimiento de validación psicométrica según Reyes Lagunes y García Barragán (2008). Su coeficiente de confiabilidad general Alfa de Cronbach fue de .87.

Los instrumentos fueron calificados de acuerdo a la puntuación obtenida como resultado de la suma de los reactivos correspondientes, quedando en categorías y rangos (Ver tabla 15) según su puntaje crudo.

*Tabla 15.*  
*Clasificación de los puntajes crudos del IDB-II y HAD*

<b>Puntaje total IDB-II</b>	<b>Rango IDB-II</b>
0 – 13	Mínima
14 – 19	Leve
20 - 28	Moderada
29 - 63	Severa
<b>Punto de corte HAD</b>	<b>Patología*</b>
7	Depresión
8	Ansiedad

\*HAD utiliza la clasificación de "patología", recordar que es un instrumento traducido en el INCMNSZ (hospital/instituto de tercer nivel).

Se encontró que el 78% de los residentes presentan depresión mínima, el 13.6% depresión leve, el 5.1% muestran depresión moderada y el 3.3% severa. Mientras que en el caso de los puntajes de ansiedad y depresión del HAD, se encontró que el 26.8% de los anestesiólogos presentan ansiedad patológica y el 24% depresión patológica.

En cuanto a la variable sexo, sí se encontraron diferencias significativas en el IDB-II ( $t_{389}=2.6$ ,  $p=0.009$ ), con puntajes en las mujeres de  $M=10.14$  y  $D.E.=8.41$ ; mientras que los puntajes de los hombres fueron  $M=8.03$  y  $D.E.=6.72$ . En el caso del HAD solamente se encontraron diferencias significativas en los puntajes de ansiedad ( $t_{389}=2.7$ ,  $p=0.006$ ), cuyos puntajes en las mujeres fueron de  $M=6.75$  y  $D.E.=3.9$ ; mientras que los puntajes de los hombres fueron de  $M=5.5$  y  $D.E.=3.4$ . Los resultados del HAD en sus puntajes de depresión no fueron estadísticamente significativos.

No existen diferencias significativas en la variables estado civil; sin embargo en el IDB-II se observan puntajes mayores en los solteros ( $M=9.83$ ,  $D.E.=7.9$ ) y en unión libre ( $M=10.6$ ,  $D.E.=7.3$ ) que en los casados ( $M=7.8$ ,  $D.E.=7.5$ ). En el HAD, en cuanto a la ansiedad, se observan puntajes mayores (no patológicos) en los sujetos en unión libre ( $M=7.21$ ,  $D.E.=3.2$ ) y solteros ( $M=6.42$ ,  $D.E.=3.7$ ) que en los casados ( $M=5.9$ ,  $D.E.=3.8$ ). En cuanto a la variable año de residencia (R1, R2 o R3), existieron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el IDB-II ( $F_{2,388}=4.20$ ,  $p=0.16$ ), la prueba post-hoc de Scheffé indica que la diferencia se debe al grupo 1, ya que los puntajes de depresión observados fueron mayores en el R1 con una  $M=10.36$  y  $D.E.=8.7$ ; mientras que para el R2 se obtuvieron los siguientes puntajes:  $M=9.60$ ;  $D.E.=7.3$  y los R3 presentaron los siguientes puntajes  $M=7.58$ ;  $D.E.=6.8$ .

Se sacó la frecuencia y porcentaje de cada uno de los componentes del IDB-II (Ver tabla 16) para conocer cuáles son los que se presentan con mayor intensidad: cambios en los patrones de sueño (76.7%), cansancio o fatiga (71.4%) y cambios en los hábitos alimentarios (64.5%), fueron los que obtuvieron una frecuencia mayor en los anesthesiólogos, mientras que, en la ideación o deseos suicidas se obtuvieron los porcentajes más bajos (6.4%).

*Tabla 16.*  
*Porcentaje de afectados y no afectados en los componentes del IDB-II.*

Componente	Porcentaje	
	Afectados	NO Afectados
1. Tristeza	16.1	83.9
2. Pesimismo	19.2	80.8
3. Fracasos del pasado	15.9	84.1
4. Pérdida del placer	32	68
5. Sentimientos de culpa	29.4	70.6
6. Sentimientos de castigo	16.4	83.6
7. Desagrado con uno mismo	24.3	75.7
8. Auto-crítica	<b><u>57.3</u></b>	42.7
9. Ideación o deseos suicidas	6.4	<b><u>93.6</u></b>
10. Llanto	18.4	81.6
11. Inquietud	41.7	58.3
12. Pérdida del interés	38.4	61.6
13. Indecisión	27.3	72.6
14. Inutilidad	12	88
15. Pérdida de energía	<b><u>62.1</u></b>	37.9
16. Cambios en los patrones de sueño	<b><u>76.7</u></b>	23.3
17. Irritabilidad	48.1	51.9
18. Cambios en hábitos alimentarios	<b><u>64.5</u></b>	35.5
19. Dificultad para concentrarse	<b><u>57.5</u></b>	42.5
20. Cansancio o fatiga	<b><u>71.4</u></b>	28.6
21. Pérdida de interés en el sexo	25.3	74.7

Para conocer si el hospital influye en el aumento de ansiedad y depresión de los residentes se realizó el siguiente análisis; es decir, se pretendía conocer si el estar inmerso en un hospital de tercer nivel/instituto, o bien, en uno de primer

nivel o de la Secretaría de Salud (SSA), afectaría la calidad de vida de los médicos residentes.

De la muestra total de residentes (391), se identificó a los que pertenecían a instituciones hospitalarias de tercer nivel con niveles adecuados en las características académicas, laborales y con una estadística baja (casi nula) de demandas puestas en sus contra en CONAMED, estos médicos integraron el grupo 1 (G1). Al mismo tiempo, se procedió a encontrar médicos residentes de hospitales que presentaron niveles académicos regulares y un índice mayor de demandas o problemáticas con pacientes, ellos formaron parte del grupo 2 (G2). Se utilizaron los puntajes obtenidos en el HAD y se realizaron análisis descriptivos, de frecuencia y medidas de tendencia central y dispersión, encontrando que la media describía mejor los datos en la ansiedad y depresión hospitalaria (Ver tabla 17).

*Tabla 17.*  
*Puntajes promedio del HAD en médicos residentes de la especialidad de anestesiología*

	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>
	25 residentes 15 mujeres y 10 hombres	25 Residentes 17 mujeres y 8 hombres
<b>MEDIA ANSIEDAD</b>	M = 4.5	M = 8.4
<b>MEDIA DEPRESIÓN</b>	M = 5.1	M = 6.3

Puntaje de ansiedad patológica = 8  
Puntaje de depresión patológica = 7

Los resultados muestran que existen puntajes menores en el grupo 1; sin embargo, están dentro del límite “normal” del instrumento. Se observa que el único puntaje que es marcado “patológico” en el HAD es el de puntaje promedio de ansiedad en el grupo 2.

Posteriormente se procedió a realizar correlaciones por sexo y estado civil que no resultaron significativas con ansiedad y depresión; sin embargo, las de edad y año de residencia (Ver tabla 18) muestran puntajes bajos con niveles adecuados de significancia como se muestran a continuación:

*Tabla 18.*  
*Correlaciones de ansiedad y depresión con edad y año de residencia.*

	1	2	3	4	5
1. Edad	---	.291**			
2. Año de residencia		---			-.108*
3. Depresión IDB-II			---	.658**	.715**
4. Depresión HAD				---	.684**
5. Ansiedad HAD					---

\*\* Correlaciones significativas al 0.01

\* Correlaciones significativas al 0.05

Las correlaciones más altas se encontraron en los puntajes de depresión obtenidos en el IDB-II y en el HAD con los puntajes de ansiedad del HAD. También se puede observar que existe correlación significativa (aunque baja) entre la ansiedad y el año de residencia. Se realizaron análisis de regresión; sin embargo, ninguna mostró ser estadísticamente significativa.

Se realizó otro análisis para conocer si lo ambiental o el contexto en el que laboran los médicos residentes afecta su desempeño, ya que, dentro del ambiente hospitalario existen diversas situaciones que disminuyen la calidad de vida de los que laboran diariamente en sus instalaciones; además, los recursos físicos y humanos con los que cuenta el hospital, determinan la calidad de atención a los usuarios y el nivel de bienestar que presente el médico residente (Nolla, 2002; Viniegra, 2005).

Por lo anterior, se propuso conocer la forma en que los egresados de la residencia de anestesiología categorizaban a los hospitales donde realizaron su residencia para poder identificar si existen diferencias significativas con la presencia de ansiedad y depresión en la población que se encontraba cursando su especialidad al momento de la investigación según la institución hospitalaria en la que se encontraba realizando su residencia en anestesiología.

Primero se contactó a 10 adscritos y jefes de servicio de la especialidad de anestesiología (Ver tabla 19), quienes etiquetaron del 1 al 5 a 28 hospitales en donde se imparte la residencia. Se le aclara que el 1 hace referencia a primera categoría, lo cual significa que el hospital está muy bien equipado para laborar, enseñar/practicar y brindar atención; mientras que el 5 significa que es de quinta categoría y no se encuentra equipado para laborar, enseñar/practicar ni brindar atención adecuada a pacientes.

*Tabla 19.*  
*Datos sociodemográficos de 10 anesthesiólogos.*

Variables	Datos
Sexo	6 mujeres/médicas 4 hombres/médicos
Edad	31 – 36 años modo 32

Los 28 hospitales se obtuvieron de la muestra total de médicos residentes de anestesiología quienes contestaron la batería de pruebas de la investigación principal. Posteriormente se sacaron medidas de tendencia central, en donde se observó que el modo era el mejor descriptor de la categorización hospitalaria.

Se categorizó el hospital en el que realizan su residencia a los 391 residentes de anestesiología de la investigación principal y se trabajó con los datos de sus puntajes en el IDB-II y HAD. Por medio de pruebas t-Student se observó que no existen diferencias significativas; sin embargo las medias mayores se presentan en los de primera categoría: IDB-II (M=9.6; D.E.=8.6) y HAD: ansiedad (M=6.1; D.E.=3.3) y depresión (M=4.0; D.E.=3.1). Cabe recordar el rango de los puntajes de los instrumentos: el IDB presenta puntajes en 4 categorías, depresión mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20 – 28) y severa (29-63); mientras, que el HAD muestra puntos de corte para lo que etiqueta como ansiedad patológica en 8 y en depresión patológica se encuentra en 7.

El realizar una residencia médica en hospitales de primera o de quinta calidad no influye en la presencia o ausencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes.

### **Discusión:**

Los resultados muestran que existe un número mayor de mujeres que se están incorporando a la residencia de anestesiología, lo cual se refleja en el porcentaje mayor de residentes mujeres que de hombres en esta muestra de médicos participantes en el estudio. Estos datos son similares a lo encontrado en la literatura (Alvarado, 2001; Lifshitz, Zerón & Ramiro, 2011).

Se observa que se trata de una población joven que está en edad productiva (24-39 años), quienes en su mayoría se encuentran solteros al momento de realizar la investigación y cuyos datos sociodemográficos se encuentran dentro de lo esperado por la población de médicos mexicanos (CIFRHS, 2005; Lifshitz, Zerón & Ramiro, 2011).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio y los hallazgos encontrados en la literatura sobre médicos residentes y la presencia de estrés durante su especialización, se observó que presentan conductas y pensamientos disfuncionales que los llevan a vivir la situación de la residencia como estresante. Conductualmente se presentan principalmente los problemas de comunicación (entre pares, con adscritos, pacientes y familiares, no saber cómo transmitir malas noticias), la sobrecarga laboral, problemas de sueño (insomnio, dormir poco, desveladas, etc.), dolores físicos (principalmente de extremidades inferiores) y conductas de riesgo (ingerir bebidas alcohólicas, fumar, etc.). En el aspecto cognoscitivo los pensamientos de tener que trabajar con vidas humanas, insatisfacción profesional y suicidas, fueron los que se presentaron con mayor intensidad en los anesthesiólogos. Estos resultados son similares a lo que se ha estudiado en otras investigaciones (Arenas, 2006; Lorin, Rho, Wisnivesky & Nierman, 2006; Martínez Lanz, Medina Mora & Rivera, 2005; Molina, García, Alonso & Cecilia, 2003).

En cuanto a la ansiedad y depresión al estar realizando sus estudios de especialización médica, se pudo corroborar que los índices de depresión y ansiedad son mayores en las mujeres que en los hombres, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura, tanto nacional como internacional, al reportar que las

mujeres son el sector más vulnerable de estos padecimientos (Martinez Lanz, Medina Mora & Rivera, 2005; Ramírez, 2001; Robinson, 2003).

La prevalencia de depresión (al sumar las tres modalidades: leve, moderada y severa) y ansiedad en médicos anesthesiólogos, es mayor que en la población general según lo plasmando en la encuesta de Salud Mental en México. Los resultados concuerdan con lo reportado en la literatura en cuestión de ansiedad, al presentarse elevados niveles en los hospitales de mayor demanda laboral y académica; sin embargo, es un hallazgo los niveles elevados de depresión en hospitales de primera categoría (Medina Mora et al., 2003).

Con esto se puede ver la importancia de incidir en la población de médicos residentes, dada la vulnerabilidad que tienen para presentar estos padecimientos, los cuales pueden deberse a las características contextuales en las que tienen que realizar sus actividades laborales y académicas; además de, tener en sus manos la recuperación de la salud y bienestar de otros seres humanos. Se observó que el realizar una residencia médica en hospitales de primera o de quinta calidad no influye en la presencia o ausencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes, ya que todos presentan niveles de depresión o ansiedad de manera indistinta.

En cuanto a las variables específicas con las que se realizaron análisis estadísticos se vio que los médicos residentes casados presentaron menores niveles de ansiedad y depresión, lo cual no concuerda con las investigaciones realizadas en esta población (Arenas, 2006; Mingote & Galvez, 2007), ya que, mencionan un mayor índice de depresión y ansiedad en residentes casados, principalmente en mujeres por el doble rol que deben jugar. Se deberá de realizar

un estudio más específico para determinar a qué se deben estos resultados. Sin embargo, esto indica que el poder contar con el apoyo de una pareja estable es fundamental para evitar o estar dentro de los límites normales o leves de padecer un trastorno como ansiedad o depresión. Una explicación a esto se da en la parte cultural (Góngora-Coronado, 2000), ya que en diversas investigaciones en población mexicana se observan puntajes menores de estrés, ansiedad y depresión en casados que en solteros.

De igual forma se observó en este estudio que los Residentes que se encuentran cursando el tercer año de la residencia (el último que cursan los anesthesiólogos), presentan niveles menores de ansiedad y depresión, concordando con lo expuesto en la literatura acerca de la jerarquía en la residencia. Aunado a esto, se observaron que los niveles de estrés e intensidad percibida por los residentes disminuían conforme pasaron los años de estancia en la especialidad. Estos datos corroboran lo visto en la literatura (Lifshitz, Zerón & Ramiro, 2011; Marín, 2008; Mejía et al., 2005; Sutherland & Cooper, 1990).

En este trabajo se encontró que las principales afecciones o manifestaciones de la depresión en los médicos residentes giran en torno a presentar cambios en los patrones de sueño, padecer cansancio o fatiga, presentar cambios en los hábitos alimentarios, pérdida de energía, dificultad para concentrarse y una autocrítica constante. Se corroboran los resultados de otros estudios (Aranda et al., 2005; Martínez Lanz et al., 2005).

Algo que llama la atención es que el componente que menos manifestaron padecer fue el de ideaciones o deseos suicidas, lo cual no concuerda con lo reportado por la literatura, al mencionar a la residencia en anestesiología como

una de las más vulnerables a padecer ideaciones, intentos suicidas e incluso suicidios per sé (Hawton et al., 2001). De igual forma no concuerda con los resultados obtenidos en la lista de chequeo de estresores con intensidad ya que en ésta se muestra a los pensamientos suicidas como uno de los principales estresores que aqueja a esta población. Habría que hacer un estudio más detallado sobre el tema; sin embargo, una explicación podría ser desde el punto de vista de la deseabilidad social, además de la variable cultura mexicana.

En cuanto a los estilos de enfrentamiento se observa que en la mayoría de las situaciones muestran estar utilizando el estilo Directo – Revalorativo, lo cual concuerda con la cultura mexicana al reportar que se hace algo para solucionar el problema, tratando de aprender o verle lo positivo (Góngora-Coronado, 2007; Navarro, 2001; Reyes-Lagunes, 2000).

Específicamente se observa que los médicos reportan en primer lugar este factor con la media más alta, tanto en la situación general de vida (rasgo), como en las situaciones específicas (estado) de laboral, pareja y académico. Sus puntajes son mayores a la media teórica ( $M=4$ ). En la situación de problemas con los amigos y salud aparece por separado el factor directo revalorativo, apareciendo el directo en primer lugar y el revalorativo en segundo. Ambos con medias por arriba de la media teórica. Esto implica que al presentarse situaciones percibidas como problemáticas en el ámbito hospitalario y personal actúan para solucionarlo aprendiendo de él o viéndole lo positivo al problema.

El factor emocional negativo aparece en segundo lugar en las situaciones de vida, laboral y académico con puntajes por arriba de la media teórica y en el caso de las situaciones de pareja, amigos y salud aparece con puntajes por

debajo de la media pero en las dos últimas, su aparición es en tercer lugar. Esto quiere decir que en estas situaciones el segundo o tercer estilo de enfrentar los problemas es por medio de la expresión de un sentimiento o emoción que no lleva directamente a la solución del problema.

En lo referente a la variable año de residencia se encontró que el residente de tercer año, al enfrentar situaciones de pareja y de vida, las realiza a través de un estilo evasivo. Concuera con lo visto en la literatura, al tener a médicos de jerarquías altas (R3) con una deshumanización y poco o nulo contacto con el paciente y compañeros de trabajo (Schulman-Green, 2003).

En cuanto a las diferencias significativas por sexo se encontró que las problemáticas que presentan los médicos residentes acerca de la pareja, lo académico y lo laboral, existen diferencias en cuanto al estilo emocional – negativo; siendo las mujeres quienes presentan los puntajes mayores. Esto implica que las médicas expresan un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema; siendo esto, un foco rojo para el diseño de la intervención en cuanto a la enseñanza de habilidades de comunicación y fomentar estilos de enfrentamiento adecuados, principalmente en el ámbito hospitalario (académico y laboral); sin embargo, se podría trabajar el ámbito personal y pareja.

En lo que se refiere a las situaciones de salud, existen diferencias significativas en cuanto a que las mujeres presentan el estilo de enfrentamiento emocional – evasivo con mayor frecuencia. Si son las médicas quienes deben poner el ejemplo al cuidar de su propia salud, no es de extrañarse que los pacientes no se adhieran al tratamiento.

En cuanto al estado civil, se encontraron diferencias significativas en las situaciones de pareja y académicas, siendo el estilo de enfrentamiento evasivo el que se utiliza en esas áreas. En el caso de la pareja, los solteros lo presentan con mayor frecuencia y en el caso de lo académico, los casados.

Estos componentes son los que más de la mitad de los residentes contestaron haber padecido a lo largo de la residencia, por lo que sería conveniente tenerlos en cuenta para la realización de alguna intervención que apoye el que los residentes enfrenten de manera adecuada su estancia hospitalaria mientras realizan su especialización y evitar tener médicos estresados, deprimidos o ansiosos lo cual se manifieste en mala práctica y atención al paciente de manera deficiente.

Con base en lo encontrado en ésta fase se diseñó una intervención psicológica. A continuación se describe en el siguiente apartado como parte de una propuesta de intervención cognitivo –conductual para médicos residentes de la especialidad de anestesiología.

---

## ***Intervención psicológica para médicos residentes anesthesiologists***

---

De acuerdo a lo encontrado en la fase tres de ésta investigación, se realizan las siguientes consideraciones que deberán tomarse en cuenta antes de llevar a cabo la propuesta de intervención:

### ***Puntos a considerar:***

Al diseñar una intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de los médicos residentes se deberá hacer énfasis en la modificación conductual y cognoscitiva de la percepción que se tiene de la residencia médica; así como, de las habilidades y capacidades que poseen los residentes para poder enfrentar de manera efectiva las situaciones percibidas como problemáticas.

Tener en cuenta que se tendrán mejores resultados si se lleva a cabo en los primeros años de la especialidad, específicamente en el R1.

Se deberá apoyar a los médicos residentes para que generen redes sociales de apoyo con el fin de incrementar los reforzadores sociales en el caso de los solteros y mejorarlos en los casados.

La intervención psicológica presenta mejores resultados si inicia de manera individual hasta homologar a los participantes en conocimiento y aplicación de herramientas cognoscitivas y conductuales. En el momento en que se encuentren varios residentes en la misma etapa de la intervención, se pasaría a la fase grupal la cual servirá, entre otras cosas, como reforzador social.

Aquellos residentes que expresen pensamientos o ideaciones suicidas habrá que intervenirlos por separado.

Vigilar, en todo momento, el efecto de la deseabilidad social, la cual se podría controlar si se lleva a cabo la intervención psicológica únicamente con los residentes, sin involucrar a los jefes o adscritos simultáneamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se procede a describir el desarrollo de la propuesta de intervención psicológica para médicos residentes de la especialidad en anestesiología.

### **Planteamiento del problema:**

El apoyo psicológico debe considerar el brindar estrategias integrales que favorezcan la adaptación y funcionalidad del médico durante su residencia hospitalaria cuya meta final implicara incrementar la calidad de vida del médico y apoyar a que la atención a los pacientes y familiares sea de calidad. En la actualidad existen intervenciones desarrolladas y evaluadas con alumnos de la carrera de medicina, enfermeras y por supuesto pacientes y sus familiares; sin embargo, hace falta una intervención psicológica en la población de médicos residentes que sea satisfactoria a sus demandas y necesidades. Las intervenciones cognitivo – conductuales han mostrado gran eficacia en el ámbito hospitalario por su abordaje de los pensamientos, emociones y su implicación en las conductas.

### **Objetivo:**

Desarrollar un programa de apoyo psicológico basado en estrategias cognitivo – conductuales para médicos residentes de la especialidad de anestesiología en México que permita:

- Disminuir el estrés
- Disminuir la ansiedad
- Disminuir el nivel de depresión

Aumentando, consecuentemente, su calidad de vida.

### **Escenario**

Debido a que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al lugar/contexto en el que se encuentren realizando su especialidad, se propone llevar a cabo la intervención en hospitales del sector salud, de primer a tercer nivel, públicos o privados, donde se lleven a cabo programas de especialización en anestesiología.

### **Participantes**

Médicos Residentes que estén llevando a cabo su especialización médica en anestesiología.

Criterios de inclusión:

- Aceptación para participar voluntariamente en la intervención psicológica.

- Aceptación para contestar los instrumentos de evaluación.
- Médicos que firmen carta de consentimiento con información.

#### Criterios de exclusión

- Médicos que presenten alguna alteración psiquiátrica.
- Médicos que no lleven a cabo de manera completa la intervención psicológica.

### **Instrumentos**

Batería de pruebas culturalmente relevantes para la población de médicos residentes de la especialidad de anestesiología:

- Cuestionario de datos sociodemográficos.
- Lista de Chequeo de estresores con intensidad.
- Inventario de Depresión de Beck-II “IDB-II”
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria “HAD”
- Escala Multidimensional – Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento “EMMEE”

### **Procedimiento:**

1. Llevar a cabo las consideraciones específicas para residentes de anestesiología encontradas en las fases anteriores:

- Áreas de incidencia a trabajar: cognitivas y conductuales
- Identificar las habilidades individuales de los residentes
- Reconocer el estilo de enfrentamiento utilizado por el anestesiólogo en las diversas situaciones de la residencia.

- Trabajar con los residentes de primer año (R1).
  - Generar redes de apoyo en todo momento durante la intervención psicológica.
  - Realizar intervención grupal al momento de homologar las capacidades y habilidades de los residentes las cuales se trabajarían primero de manera individual.
  - Vigilar a los residentes con niveles severos de depresión que expresen pensamientos o ideaciones suicidas.
  - Trabajar con residentes únicamente. Evitar incluir a los jefes o adscritos en la intervención psicológica.
2. Identificar los componentes que se incluirán en la intervención psicológica:
- Enfoque Cognitivo – conductual
  - Realizar adaptaciones al contexto hospitalario:
    - Ejemplos específicos del área de trabajo
    - Ejercicios específicos del área de trabajo
    - Materiales de apoyo
    - Tareas designadas acorde al ritmo, tiempo y necesidades específicas del médico residente
  - Estrategias de tratamiento generales  
Autores como Beck (1995), Burns (1999), Caballo (2002), D´Zurilla (1999), Ellis (2001), Nezu (2006) y Risso (2006) entre otros, han llevado a cabo el diseño de las estrategias de intervención bajo el enfoque cognitivo – conductual. A continuación se muestran la descripción de las estrategias generales que se deberán llevar a cabo con los médicos

residentes según lo encontrado en las fases anteriores de esta investigación:

### ***Psicoeducación***

El objetivo principal es ofrecer información al respecto de la naturaleza multifacética del trastorno y razones para su tratamiento. Es informar y guiar al paciente para motivarlo al cambio cognoscitivo y conductual. En el caso de los médicos residentes, una parte importante de la intervención sería el brindarles información acerca de cómo sus pensamientos impactan directamente en su estado de ánimo y conductas. Ofrecerles información específica de la naturaleza de sus pensamientos y cómo la modificación de ideas irracionales (no funcionales), impactan en la mejoría de su estado de ánimo y en la realización de conductas adecuadas y fomento de redes de apoyo.

### ***Entrenamiento en habilidades sociales***

Abarca una gran variedad de habilidades o competencias para interactuar adecuadamente con los demás. Se caracteriza por el reforzamiento de conductas adecuadas que llevan al buen desempeño social. Por lo general se les identifica a los médicos que necesitan este entrenamiento por ser agresivos (lo contrario de asertivos). Esta estrategia se acompaña de psicoeducación, modelamiento y ensayos conductuales, reforzamientos y entrenamiento

en discriminación (dónde, cuándo, cómo y con quién realizar el entrenamiento y los ensayos). Específicamente se encuentran los siguientes:

- **Asertividad:** Pretende ayudar a que el paciente (médico residente) sea capaz de obtener aquello a lo que tiene derecho en situaciones sociales sin violar o pasar por encima de los derechos de los demás.
- **Entrenamiento en habilidades de comunicación (verbal y no verbal):** Fomentar el uso de la comunicación efectiva y adecuada en el paciente. Se hace énfasis en los componentes verbales (tono de voz, contenido, objetivo de la comunicación, etc.) y no verbales (mirada, postura, gestos, movimientos de manos, etc).

### ***Respiración profunda y control respiratorio***

La ansiedad a menudo se acompaña de una respiración superficial y rápida, misma que origina una reducción de bióxido de carbono en la sangre, lo que genera una sensación de mareo y aturdimiento. El propósito del reentrenamiento de la respiración es evitar esta hiperventilación mediante inhalaciones lentas, controladas y relajadas. Por lo general se acompañan de reestructuración cognoscitiva y entrenamiento en relajación. El modelamiento y ensayos conductuales deberán formar parte de esta técnica.

### ***Entrenamiento en habilidades de relajación***

Reducir la activación fisiológica asociada con los estados emocionales negativos. Pueden ser de varios tipos y se utilizarán dependiendo de las capacidades y habilidades del paciente:

- Relajación muscular progresiva
- Entrenamiento autogénico
- Entrenamiento en relajación guiada
- Imaginería y visualizaciones.

### ***Reestructuración cognoscitiva***

Ayudar al paciente a identificar los pensamientos o ideas irracionales para cambiarlos. Mediante la reestructuración cognoscitiva los pacientes (médicos residentes) aprenden a identificar sus propios ciclos de pensamientos y a cambiar patrones de pensamientos disfuncionales. Desde el punto de vista conceptual, la reestructuración cognoscitiva puede considerarse un término general que abarca varias estrategias específicas: terapia emotivo-racional (Ellis, 1994), cognoscitiva (Beck, 1995) y entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1985). Si bien hay diferencias entre estos tres enfoques, todos ayudan al paciente a identificar sus ideas irracionales y después modificar sus pensamientos desadaptativos (irracionales).

### ***Terapia de solución de problemas***

Diseñada para mejorar la capacidad de enfrentamiento a los problemas estresantes. Se debe dar entrenamiento por medio de modelamiento y ensayos conductuales para reducir atribuciones negativa (ideas irracionales) y desesperanzadas respecto a la capacidad propia para enfrentar las situaciones percibidas como problemáticas.

### ***Terapia de exposición***

El propósito es que el paciente (médico) se habitúe a situaciones que le generan miedo, ansiedad, angustia, estrés, etc., reforzando los avances progresivos y tratar de que el paciente los evite. Se deberá evaluar el grado de ansiedad, angustia, estrés, etc., que experimenta el paciente (médico) ante diversos eventos y exponerlo gradualmente a ellos hasta que se habitúe a las situaciones y genere autoconfianza para enfrentarlos solo. Se puede realizar primero con imaginaria y posteriormente a la situación real. Se acompaña del entrenamiento de respiraciones profundas y relajación.

### ***Entrenamiento en autoeficacia***

Aumentar sucesos placenteros: por lo general los residentes sienten miedo al enfrentarse a sucesos nuevos por temor al fracaso. En esta técnica se apoya al médico a realizar tareas novedosas y reforzarse por ello. El contar

con actividades placenteras dentro del ambiente hospitalario ayudará a la percepción positiva del ambiente.

### ***Entrenamiento en tolerancia a la frustración y al sentimiento de minusvalía***

Las situaciones que se pueden cambiar se deberá actuar para hacerlo y las que no, enseñar al paciente (residente) las habilidades para tolerarlo o encontrar otro tipo de soluciones para las problemáticas. Se realiza el entrenamiento junto con la técnica de solución de problemas.

### ***Visualizaciones e Imaginería guiada***

Estrategias conductuales del manejo de estrés y enfrentamiento adecuado de situaciones problemáticas. Destacan el empleo de la propia imaginación. Esta estrategia fomenta la relajación y a que los pacientes elaboren imágenes placenteras a través de la inducción por parte del terapeuta, que implica diversos estímulos para los cinco sentidos (vista, oído, gusto, tacto y olfato). También sirve para aumentar la motivación al crear escenas futuras de enfrentamiento exitoso con situaciones estresantes.

- Modalidades

### ***Individual***

Deberán realizar en primera instancia la modalidad de intervención individual para desarrollar, mantener y mejorar las habilidades y capacidades necesarias para la inclusión a la intervención colectiva.

### ***Grupal***

Una vez que se tenga el nivel funcional de las habilidades (a criterio del terapeuta según el mapa de alcance de metas), se juntará un número considerable de residentes para formar parte de la intervención psicológica grupal.

- Métodos

### ***Modelamiento***

El terapeuta le enseña y modela al paciente las ideas racionales y conductas adaptativas para que el paciente las ejecute de la misma manera.

### ***Ensayos conductuales***

Tras reconocer las ideas irracionales y modificarlas por adaptativas, se ponen a prueba para determinar si sus predicciones eran correctas.

### ***Refutación leve***

Preguntas indirectas al paciente (residente) que conllevan a la modificación de ideas irracionales.

### ***Confrontación directa***

Preguntas directas al paciente (residente) acerca de las ideas irracionales que mantienen la conducta desadaptativa con el fin de encontrar soluciones racionales y estilos de enfrentamiento adaptativos. Esta técnica puede sentirse agresiva por parte del paciente por lo que habría que cuidar el rapport y hacerse en etapas avanzadas de la intervención (depende del avance del paciente).

### ***Reforzamiento***

Fomentar las creencias, pensamientos y conductas adaptativas en el paciente por medio de verbalizaciones positivas o “premios”.

### ***Uso de redes de apoyo***

Fomentar el apoyo social (real y percibido) en el paciente: amigos, pareja, familia, compañerismo, etc.

### ***Biblioterapia***

Uso de libros, revistas, artículos de investigación, etc., que apoyen la intervención psicológica.

3. Una vez establecidos los contenidos conceptuales de la intervención se procede al establecimiento de las cartas descriptivas por sesiones que componen la intervención psicológica. El procedimiento por sesiones se describe más adelante.
4. Plantear la intervención psicológica a las autoridades correspondientes.

5. Someter la investigación a comité de ética de la institución hospitalaria en la que se llevaría a cabo la intervención psicológica.
6. Una vez aprobado el estudio por el comité de ética, se procede a llevar a cabo la intervención psicológica.

### **Estructura de la Intervención**

La intervención psicológica para mejorar la calidad de vida en médicos residentes se divide en las siguientes etapas:

- **Etapas 1.** Sensibilización sobre la importancia de participar en la intervención psicológica. Debido a que las autoridades médicas deberán aprobar el procedimiento, habrá que iniciar el contacto directo con la población meta: los residentes. Invitarlos a participar mostrándoles las ventajas de formar parte de él. Enfatizar que la participación es voluntaria y no afecta su calificación o trabajo realizado.
- **Etapas 2.** Concertar horarios y lugar para realizar la intervención. Deberá ser un horario establecido en consenso entre los residentes y la terapeuta, con el fin de que exista la menor posibilidad de ausencias, faltas o el no querer participar.

El lugar deberá promover la expresión de las emociones, conductas y pensamientos de los participantes, por lo que será en una zona aislada, con la capacidad de cerrarse, que cuente con clima o ventilación y luz adecuadas. Se deberá promover, en todo momento, un ambiente cordial y de respeto entre el residente y el terapeuta, en

el caso del tratamiento grupal, se deberá enfatizar el respeto y la confidencialidad de lo expresado por los integrantes del grupo.

- **Etapa 3.** Intervención psicológica. Se dividirá en dos modalidades principales: individual y grupal.

<b>INDIVIDUAL</b>
-------------------

1. Se dará la bienvenida a los médicos residentes que asistan voluntariamente.
2. Se deberá firmar carta de consentimiento con información.
3. Aplicar la batería de pruebas.
4. Reportar los objetivos de la intervención psicológica.
5. Se realiza la formulación de caso  
Conjunto de hipótesis respecto a las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (A. Nezu, C. Nezu & Lombardo, 2006).

Es una descripción de quejas y síntomas, mecanismo organizativo para que el terapeuta comprenda cómo se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuáles estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan estos problemas y por qué persisten los síntomas.

En general, las metas de la formulación de caso de la TCC son:

- Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente.
- Identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades.
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Con la información obtenida del paciente (médico residente), se pasa a los siguientes pasos:

6. Elaboración del mapa clínico de patogénesis (Nezu et al., 2006)  
Descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades del paciente.
7. Elaboración del mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2006)  
Descripción gráfica de los objetivos de la intervención psicológica individual.
8. Retroalimentación de lo observado por el terapeuta por parte del paciente.
9. Ajuste de los objetivos de la intervención.
10. Diseño y aplicación del tratamiento individual  
Elaborar un plan de tratamiento personalizado y eficaz, mismo que debe contener estrategias de la TCC dirigidas a abordar los objetivos y metas del tratamiento ya identificadas durante la fase de formulación de caso.

**Consideraciones:**

- Duración máxima: 45 minutos ya que los residentes no se pueden ausentar demasiado de sus labores.
- Evitar que la asistencia a las sesiones sea generadora de conflictos internos (angustias, estrés por tiempos) y/o externos (conflictos entre compañeros por las ausencias y carga de trabajo).
- No se pretende modificar el programa de enseñanza médica. El objetivo principal es cambiar la manera de enfrentarse a las situaciones “problemáticas” que se van a presentar durante la realización de la residencia médica.
- Se deberá enfatizar que el objetivo principal del tratamiento individual será fomentar la calidad de vida en la especialización médica.
- El número de sesiones varía dependiendo del paciente (médico anesthesiólogo); sin embargo, al ser la TCC un tipo de terapia breve, se pretende llevar a cabo en pocas sesiones individuales.

Una vez que se tengan alcanzadas las metas del conocimiento y aplicación adecuada de las técnicas para el control y enfrentamiento eficaz de las dificultades del paciente (médico residente) que fueron planteadas en la formulación del caso, se pasa a la siguiente etapa de la intervención: la grupal.

<b>GRUPAL</b>
---------------

Para llevarse a cabo la intervención grupal se necesitan mínimo tres integrantes debido a que uno de los objetivos será generar redes de apoyo y aumentar el apoyo social percibido.

No se tiene un número específico de sesiones; sin embargo, se pretende sean pocas, todo dependerá de la dinámica del grupo y las necesidades específicas que se planteen.

A continuación se realiza una propuesta de intervención grupal que consta de 6 sesiones:

<b>Primera Sesión</b>
<b>Conocimiento del grupo</b>
Se dará la bienvenida a los médicos residentes que asistan voluntariamente a la intervención psicológica. Se deberá firmar carta de consentimiento con información. Se responderán dudas de los participantes. Se corroboran los conocimientos de los participantes acerca de la TCC Se corrobora la homogeneidad de los conocimientos de los participantes Se plantea el círculo mágico: confidencialidad, respeto, ética y silencio absoluto de lo que se diga en sesión grupal.

<b>Sesiones 2 y 3</b>
<b>Intervención cognitivo – conductual: Aspectos cognitivos</b>
Se les enseñan técnicas cognoscitivas para obtener pensamientos funcionales. Cambiar el estilo de explicar las cosas. Se les pide a los participantes den ejemplos reales en donde deban aplicar la reestructuración cognoscitiva. Modelamiento de cambio de ideas irracionales en adaptativas o racionales (el terapeuta enseña cómo modificar pensamientos irracionales) Ensayos conductuales (los residentes realizan la modificación de pensamientos entre ellos y posteriormente de manera individual). Se responden dudas de los participantes. Tareas a realizar hasta la siguiente sesión.

### **Sesiones 4 y 5**

#### **Intervención cognitivo – conductual: Aspectos conductuales**

Se continua practicando la modificación cognoscitiva

Se les enseña a los participantes que lo observable son las conductas y cómo se pueden modificar. Modificación conductual.

Se les enseñan técnicas conductuales para obtener respuestas (conductas) funcionales.

Por medio de modelamiento y ensayos conductuales se trabajarán las técnicas conductuales. Se enfoca en las habilidades de comunicación (verbal y no verbal), entrenamiento en solución de problemas y fortalecimiento de autoconfianza.

Se responden dudas específicas de los participantes que hayan tenido en la semana.

Se establecen metas y se refuerzan por lograrlas.

Tareas a realizar hasta la próxima sesión.

### **Sesión 6**

#### **Intervención cognitivo – conductual: Control de manifestaciones y Cierre**

Se trata de reafirmar lo visto en las sesiones anteriores.

Por medio de ensayos conductuales se trabaja el control de manifestaciones con ejemplos dados por los residentes.

Se les enseña prevención de recaídas.

Importancia del reforzamiento (individual y grupal).

Se resuelven dudas de los residentes.

Se aplica la batería de pruebas.

Entregar constancia de participación a los residentes que cumplan con toda la intervención psicológica.

### **Consideraciones:**

Similares a las de la etapa de intervención individual:

- Duración máxima: 45 minutos ya que los residentes no se pueden ausentar demasiado de sus labores.
- Organizar un grupo implica un reto mayor, tratar de que las sesiones no se realicen de manera esporádica; sino lo más cercano posible. Lo ideal sería una vez por semana, ya que da tiempo a que practiquen lo visto en sesión y que no se les olvide por dejar pasar mucho tiempo intermedio (entre sesiones).
- Evitar que la asistencia a las sesiones sea generadora de conflictos internos (angustias, estrés por tiempos) y/o externos (conflictos entre compañeros por las ausencias y carga de trabajo).
- No se pretende modificar el programa de enseñanza médica. El objetivo principal es modificar la manera de enfrentarse a las situaciones “problemáticas” que se van a presentar durante la realización de la residencia médica.
- Se deberá enfatizar que el objetivo principal del tratamiento individual será fomentar la calidad de vida en la especialización médica. Evitar que se convierta en una terapia de grupo para sacar resentimientos o trabajos pendientes.
- El número de sesiones varía dependiendo de la dinámica del grupo; sin embargo, al ser la TCC un tipo de terapia breve, se pretende llevar a cabo en pocas sesiones individuales. La propuesta que se realiza en ésta investigación es de 6 sesiones grupales.

Una vez que se termine la intervención grupal y se hayan identificado que las metas propuestas en la formulación de caso se han cumplido, se pasa a la siguiente etapa:

- **Etapa 4. Seguimiento.**

Se deberá realizar una sesión de seguimiento a los 6 y 12 meses de terminada la intervención psicológica.

Aplicar batería de pruebas cada vez que se realicen estas sesiones.

### **Consideraciones finales:**

A pesar de que en la mayoría de los hospitales o institutos a nivel nacional, se llevan a cabo exámenes psicométricos a los médicos que aspiran a realizar estudios de especialidad, se sugiere que se puedan repetir a lo largo de la residencia y de esa manera recibir un diagnóstico oportuno y la canalización adecuada al especialista, quien podrá dar el mejor tratamiento y realizar la intervención adecuada a través de una evaluación clínica completa.

Con estas acciones se pueden prevenir complicaciones que van desde una disfuncionalidad laboral, familiar, social y física, hasta las más graves como el intento de suicidio e incluso la muerte; además de prevenir recaídas y disminuir el tiempo de padecimiento de la enfermedad lo que se traduce en beneficio para pacientes y familiares.

De igual forma se pretende hacer énfasis en que la mejor etapa para llevar a cabo la intervención psicológica es en el primer año de la residencia, ya que es cuando recién llegan, tienen las inquietudes de saber a lo que se van a enfrentar y

no tienen la idea clara de las situaciones problemáticas que implica la residencia. Esto es lo que se llama prevenir situaciones difíciles en la especialidad, lo que nos da médicos residentes con calidad de vida que repercute nuevamente en la atención que brindan a los pacientes.

El prevenir estas situaciones repercute en un gran ahorro económico y desgaste a los integrantes administrativos en el sector salud ya que, al ser los residentes la principal mano de obra de los hospitales, se tienen menos deserciones, menos ausentismos, mejora la comunicación y el trabajo se realiza de manera efectiva en menos tiempo.

Esta propuesta de intervención podría ser generalizada a las demás especialidades ya que lo que se plasmó es el diseño de manera general, en la práctica los ejemplos, tareas, dudas y temas son específicos de los anesthesiólogos. Habría que adaptarla a las diferentes áreas de especialización médica.

## **Agradecimientos**

Esta investigación se llevó a cabo gracias al apoyo de todos los residentes de la especialidad de anestesiología, quienes donaron tiempo y esfuerzo para trasladarse desde sus sedes hacia el auditorio de la Facultad de Medicina y poder participar en esta investigación sin recibir a cambio ninguna remuneración económica o académica. Principal agradecimiento a las autoridades del posgrado de la Facultad de Medicina, específicamente al Dr. Luis Jáuregui Flores, Jefe del Departamento de Anestesiología del INCMNSZ, por el apoyo recibido para la realización de esta investigación.

# Conclusiones

---

En épocas actuales, se está visualizando lo afectivo como parte importante de lo que se enseña en las aulas médicas, poniendo énfasis en no limitarse a lo técnico cognoscitivo o psicomotor (Lifshitz, 2011). Comienza una nueva era en la enseñanza de la medicina, en donde lo emocional tiene el mismo peso que el contenido académico, debido a las consecuencias que se han manifestado a lo largo del proceso enseñanza-aprendizaje médica.

En todo este proceso de enseñanza médica, existen jerarquías, siendo los Médicos Residentes la población más vulnerable dentro de esta, debido a que, en ellos recae la aplicación práctica de lo aprendido teóricamente en los años de estudiante de medicina. Esto conlleva una serie de respuestas físicas, emocionales, cognoscitivas y conductuales; claro está, sin dejar de lado el contexto en el que se desenvuelve que los hace vulnerables a múltiples manifestaciones.

Dentro de las principales manifestaciones se encuentran el estrés, ansiedad y la depresión por lo que para efecto de esta investigación la Calidad de Vida en Médicos Residentes conceptualmente fue definida como: Grado en que una persona obtiene satisfacción en la vida, en este caso el médico residente. Factores importantes para una buena calidad de vida: bienestar físico, emocional y material; participación en relaciones interpersonales; oportunidades para el desarrollo personal; ejercicio de los derechos propios; tomar decisiones de vida autodeterminadas y tener participación en la sociedad (APA Dictionary of Psychology, 2007). Mientras que, la definición operacional que se planteó fue: La

disminución del estrés, ansiedad y depresión a través de estilos de enfrentamiento que lleven al Médico Residente a ciertos estados de satisfacción en la vida.

La inclusión de aspectos como calidad de vida en médicos residentes es un tema que, poco a poco, se ha ido incluyendo en las aulas médicas; en donde, se ha visto que la enseñanza de la medicina en las universidades de nuestro país, está sufriendo un cambio (lento y paulatino) por incorporar la parte afectiva en sus métodos de enseñanza-aprendizaje; sin embargo, en el caso del médico residente pasa un fenómeno diferente, debido a que en él recae la fuerza de trabajo mayor del hospital (por cuestiones económicas del país que no permiten tener las plazas suficientes) y la gran demanda de pacientes que deben atender, el proceso afectivo o emocional queda de lado (Martín, 2008). No es de extrañarse que aparezcan fenómenos como la deshumanización, ausentismos, malos tratos, mala comunicación, aparición de enfermedades físicas o conductas de riesgo (Arechiga et al., 2000; Arenas, 2006; Arnetz, 2001; Lifshitz, 2011).

Otro fenómeno que no se ha investigado mucho es el del maltrato. Al ser perfectamente conocido el tema, no se ha conseguido tener una definición unificada de lo que se comenta como “malos tratos” y cuesta trabajo cambiar la idea de que es parte del proceso enseñanza-aprendizaje durante la residencia (Sierra, Salazar y Ramírez, 2011). Es importante identificar que el contexto no se va a cambiar, lo que se pretende modificar con la intervención es la percepción que se tiene del contexto y aplicar los estilos de enfrentamiento adecuados. De igual forma, el proponer que se aplique en los residentes de primer año implica fomentar, desde un inicio, la percepción de calidad de vida en los residentes.

Existen leyes y normas que protegen al residente, sin embargo, no se aplican en su totalidad, debido a la gran demanda de pacientes que existen en los hospitales escuela (mano de obra son los residentes) y por tener la creencia de ser el mejor método de aprendizaje ya que ha pasado de generación en generación, en donde el residente de mayor jerarquía “maltrata” al menor. No es

de extrañarse que existan errores en la atención a los pacientes como consecuencia de tener personal cuyos tiempos de guardia son largos, presentar fatiga crónica y estar en constante estrés (Kevin & Grande, 2003; Lifshitz, 2011).

Con estos antecedentes, en la investigación, fue importante conocer en primera instancia, lo que los Médicos mexicanos evalúan como estresante, lo que representa para ellos estar deprimidos y/o ansiosos y ante qué llevan a cabo dichas manifestaciones. Debido a que existen en la literatura múltiples investigaciones internacionales y nacionales, que reportan altos índices de trastornos emocionales en los médicos residentes (Aranda, 2006; Levey, 2001; Martínez Lanz, 2005; Téllez, 2001), se hizo crucial el poder contar con alguna intervención psicológica; sin embargo, existe poca literatura que exponga el abordaje con el fin de minimizar e incluso eliminar dichos trastornos, limitándose a los grupos Balint y algunas técnicas cognitivo – conductuales llevadas a cabo con enfermeras o estudiantes de medicina (Téllez, 2001).

Se logró obtener los principales estresores que aquejan a los médicos residentes de anestesiología, quienes reportan que las situaciones académicas y laborales son las que mayormente les aquejan; sin embargo, las situaciones personales (pareja y amigos principalmente, en menor medida por lo familiar) están presentes como parte aislada; es decir, les afecta en gran medida pero lo refieren como un área a parte de lo laboral o académico (están estrechamente ligados, según el diagrama). La mala comunicación e insatisfacción profesional afectan estas tres grandes áreas descritas anteriormente (laboral, académica y personal). El aspecto de salud se encontró en las categorías problemas de sueño, conductas de riesgo y enfermedades físicas.

Se encontró que las áreas reportadas como “problemáticas” por parte de los anesthesiólogos fueron la comunicación inadecuada entre los médicos, sus jefes y los pacientes; además de, la manifestación de las áreas laborales y académicas ocupando los primeros lugares en cuestión a problemas percibidos por los residentes. Las áreas que fomentan la salud positiva en ellos, fueron las referentes al apoyo (percibir y recibir apoyo de familia, amigos, compañeros, pareja) y socialización (salir con amigos, familia, pareja). Lo encontrado en la primera fase comienza a dar la idea de los temas que debería tener la intervención psicológica; sin embargo hubo que realizar una batería de pruebas culturalmente relevante para profundizar en las necesidades de los residentes.

Los instrumentos que componen la batería de pruebas culturalmente relevantes a la población de médicos mexicanos de la especialidad en anestesiología tuvo adecuados niveles de confiabilidad y validez. Razón por la cual se propone forme parte de la estructura de la propuesta de intervención psicológica.

En cuanto a los resultados encontrados por medio de la batería de pruebas, resalta el aumento en el ingreso a esta especialidad por parte de la población femenina. Estos datos son similares a lo encontrado en la literatura (Alvarado, 2001; Lifshitz, Zerón & Ramiro, 2011). Según la CIFRHS (2005) la mayoría de los residentes son jóvenes y solteros, lo cual concuerda con lo encontrado en esta investigación.

En cuanto al estrés durante la residencia, se observa que los factores que lo desatan en esta población se refieren a dos principales áreas: conductual y cognoscitiva. En el aspecto conductual se encuentran: la mala comunicación, sobrecarga laboral, problemas de sueño (insomnio, dormir poco, desveladas, etc.), dolores físicos (principalmente de extremidades inferiores) y conductas de riesgo (ingerir bebidas alcohólicas, fumar, etc.). En el aspecto cognoscitivo, se encontraron que los pensamientos de tener que trabajar con vidas humanas,

insatisfacción profesional, sentimiento de minusvalía con respecto a las otras especialidades e ideaciones suicidas, fueron los que se presentaron con mayor intensidad en los anesthesiólogos. Estos resultados son similares a lo que se ha estudiado en otras investigaciones (Arenas, 2006; Gómez, 2003; Lorin, Rho, Wisnivesky & Nierman, 2006; Martínez Lanz, Medina Mora & Rivera, 2005; Molina, García, Alonso & Cecilia, 2003).

Con respecto a las variables de ansiedad y depresión, se corroboró que las médicas presentan puntajes mayores lo cual se ha reportado en investigaciones anteriores con población abierta y en residentes (Martínez Lanz, Medina Mora & Rivera, 2005; Ramírez, 2001; Robinson, 2003).

Un hallazgo fue que el realizar una residencia médica en hospitales de primera o de quinta calidad no influye en la presencia o ausencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes, ya que todos presentan niveles de depresión o ansiedad de manera indistinta.

En cuanto a las variables específicas con las que se realizaron análisis estadísticos se vio que los médicos residentes casados presentaron menores niveles de ansiedad y depresión, lo cual no concuerda con las investigaciones realizadas en esta población (Arenas, 2006; Mingote & Gálvez, 2007). Habría que dar otras explicaciones a esto, por ejemplo la variable cultura (Góngora-Coronado, 2000); siendo los mexicanos más socio afiliativos. Otro fenómeno que pudiera explicarse con la variable cultura es la presencia de puntajes mínimos en ideaciones suicidas, lo cual no concuerda con lo expuesto en la literatura (Hawton et al., 2001). La deseabilidad social podría jugar un papel importante.

En cuanto a los estilos de enfrentamiento se observa que en la mayoría de las situaciones muestran estar utilizando el estilo Directo – Revalorativo, lo cual concuerda con la cultura mexicana al reportar que se hace algo para solucionar el problema, tratando de aprender o verle lo positivo (Góngora-Coronado, 2007; Navarro, 2001; Reyes-Lagunes, 2000).

De igual forma se observó en este estudio que los Residentes que se encuentran cursando el tercer año de la residencia (el último que cursan los anesthesiólogos), presentan niveles menores de ansiedad y depresión, concordando con lo expuesto en la literatura acerca de la jerarquía en la residencia (Lifshitz, Zerón & Ramiro, 2011; Marín, 2008; Mejía et al., 2005; Sutherland & Cooper, 1990).

En lo referente a la variable año de residencia se encontró que el residente de tercer año, al enfrentar situaciones de pareja y de vida, las realiza a través de un estilo evasivo. Concuera con lo visto en la literatura, al tener a médicos de jerarquías altas (R3) con una deshumanización y poco o nulo contacto con el paciente y compañeros de trabajo (Schulman-Green, 2003).

En cuanto a las diferencias significativas por sexo, las médicas expresan un sentimiento o una emoción que no lleva directamente a la solución del problema; siendo esto, un foco rojo para el diseño de la intervención en cuanto a la enseñanza de habilidades de comunicación y fomentar estilos de enfrentamiento adecuados, principalmente en el ámbito hospitalario (académico y laboral).

En lo que se refiere a las situaciones de salud, existen diferencias significativas en cuanto a que las mujeres presentan el estilo de enfrentamiento emocional – evasivo con mayor frecuencia. Si son las médicas quienes deben poner el ejemplo al cuidar de su propia salud, no es de extrañarse que los pacientes no se adhieran al tratamiento.

Lo anterior fue tomado en cuenta para el diseño de la intervención psicológica para mejorar la calidad de vida de los médicos residentes.

La intervención gira en torno a la modificación de pensamientos y conductas por lo que el enfoque cognitivo – conductual fue el más adecuado por

ser una modalidad de terapia breve y tener evidencia de eficacia en el ámbito hospitalario.

El diseño es en dos fases: la primera parte se lleva a cabo de manera individual para tener la confianza del médico, lograr rapport y empatía para que se exprese con libertad y confianza. Se establecen las metas y se plasma en el mapa de patogénesis y alcance de metas (Nezu et al., 2006). Una vez alcanzadas las metas en la terapia individual, se pasa a la segunda fase que es de tipo grupal. En la intervención en grupo, se pretende tener a varios residentes (los que permita el servicio tener fuera de su hora laboral) que posean habilidades cognitivo – conductuales similares para tener un grupo homologado en estas características y poder tener una dinámica de apoyo, soporte y socialización principalmente.

Se deberán tener una serie de consideraciones al llevar a cabo la intervención:

No es algo sencillo, los médicos no se perciben como pacientes.

Sus tiempos son limitados.

Tener fuera del servicio a varios residentes implica que no se atiende a varios pacientes, así que se debe tener la intervención breve y eficaz.

La medicina basada en evidencias es lo que conocen, por lo que la intervención deberá mostrar evidencias de efectividad y eficacia comprobable. Esto se puede lograr por medio del mapa de alcance de metas.

Contar con el apoyo de las autoridades, comité de ética y departamento de enseñanza es un proceso complejo pero no imposible. Los resultados o evidencia dan la pauta para demostrar la efectividad.

No se puede cambiar la manera de trabajar en las instituciones médicas, ya que se ha llevado así por muchos años y expresan que seguirá así debido a que da resultados para los estudiantes (residentes entre ellos) y para los pacientes. Es por ello que una intervención cognitivo – conductual brinda mejores resultados al incidir en la manera de percibir el contexto (cognoscitivamente) y en la manera de percibir las fortalezas y llevarlas a cabo (conductualmente) sin necesidad de cambiar las situaciones que no pueden cambiar.

Si bien, en esta investigación se trabajó con médicos residentes de anestesiología, el diseño de la intervención psicológica podría servir para cualquier especialidad.

### **Limitaciones y recomendaciones:**

Existen otras variables que habría que tomar en cuenta en investigaciones posteriores para conocer más acerca de la población estudiada y ver cómo pudieran estar interviniendo en los resultados. Las que podrían intervenir son: lugar de origen (si son locales o foráneos a su sede hospitalaria), si viven solos o con familia, religión, si existen antecedentes de depresión y ansiedad en la familia, el factor cultura o deseabilidad social, etc. Además de, realizar investigaciones que involucren a varias especialidades para ver si existen diferencias o similitudes en cuanto a sintomatologías o padecimientos psicológicos.

Realizar el proceso de diseminación del proyecto de investigación cuyo procedimiento sería el siguiente: Plantear a las autoridades hospitalarias el objetivo principal de esta investigación el cual inicia con la identificación de las características de los residentes que podrían presentar manifestaciones, síntomas

e incluso las patologías de estrés, ansiedad y depresión; así como, estilos de enfrentamiento adecuados, sería conveniente llevar a cabo el diseño e implementación de intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención primaria y en caso de ya detectarse cuadros clínicamente patológicos se podrían realizar intervenciones específicas según los factores de riesgo encontrados en los estudios o investigaciones realizadas. De igual forma, se podrían detectar factores protectores y realizar intervenciones psicológicas para fomentarlos.

Otro proceso de diseminación será la capacitación de personal que pueda intervenir con esta población de manera profesional, eficaz y éticamente.

## REFERENCIAS

---

- Adler, R., Werner, E., y Korsch, B. (1980). Systematic study of four years of internship. *Pediatrics*, 66, 1000 – 1008.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(1), 1 – 30.
- Alvarado, M. L. (2001). *La educación “superior” femenina en el México del siglo XIX*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Aranda C., Pando M., Salazar J., Torres T., Aldrete G., y Pérez M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2), 1 – 11.
- Arechavaleta, B., y Fouilloux, C. (2004). *Psicopatología en internos de pregrado de la carrera de Medicina*. Jornadas Salud Mental.
- Aréchiga, H., Ruíz, L., Durand, S., Sánchez, R., y Gracia, A. (2000). El plan único de especializaciones médicas de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina*, 43(1), 19 – 23.
- Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. *Cirujano General. Revista del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”*, 28(2), 103 – 109.
- Arita Watanabe, B. (2005). Percepción de la Calidad de Vida en la zona urbana de Culiacán: integración de enfoques alternativos. En E. Garduño., A. Salinas y Rojas, H (Eds.), *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (pp. 197 – 216). México:Plaza y Valdes Editores.
- Arnetz, B. (2001). Psychological challenges facing physicians of today. *Social, Science and Medicine*, 52, 203 – 213.
- Asken, M., y Raham, D. (1983). Resident performance and sleep deprivation: A review. *Journal of Medical Education*, 58, 382 – 388.
- Averill, J. (1973). *Emotion and Cognition: with special reference to anxiety*. New York: Academic Press.
- Axelrod, P. (1990). *Una alternativa para la medición de la depresión*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.
- Balint, M. (1966). *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. México: Siglo XXI.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Barrientos, G. (1992). Reseña histórica de la Psicología del estrés y los estilos de confrontación: Contribuciones teóricas y aspectos transculturales. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 49 – 69.
- Baum, A., Singer, J., y Baum, C. (1981). Stress and the Environment. *Journal of Social Issues*, 37(1), 4 – 35.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York: Hober Medical.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression inventory-second edition, Manual*. San Antonio: The psychological corporation.
- Bennett, J., & O'Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 195 – 199.
- Biswas-Diener, R., & Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76, 185 – 205.
- Blazer, D., Swartz, M., Woodbury, M., Manton, K., Hughes, D. y George, L. (1988). Depressive diagnoses in a community population. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1078 – 1084.
- Bobes, J., González, M., Bougoño, y Suárez, E. (1993). Desarrollo histórico del concepto calidad de vida. *Monografías de psiquiatría*, 6, 5 – 9.
- Boyd, J., & Weissman, M. (1981). Epidemiological of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039 – 1046.
- Broquet, K., & Rockey, P. (2004). Teaching Residents and Program Directors about Physician Impairment. *Academic Psychiatry*, 28(3), 221 – 225.
- Bruce, S., Conaglen, H., & Conaglen, J. (2005). Burnout in physicians: a case for peer-support. *Internal Medicine Journal*, 35, 272 – 278.
- Buguera, M., Gurí, J., Arteman, A., y Valldosera, J. (2001). La atención de los médicos hacia su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica*, 117, 492 – 494.
- Burns, D. (1999). *Manual de ejercicios de sentirme bien*. España: Editorial Paidós.
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad*. México: editorial Paidós.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Calderón, G. (1987). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Campbell, A., Converse, Ph., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Caplan, R., Cobbs, S., French, J., Van Harrison, R., & Pinneau, S. (1975). *Job Demands and worker healthy main effects and occupational differences*. NIOSH Research Report.
- Cárdenas, K. (2001). *Evaluación psicofisiológica del estrés en el paciente asmático*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.

- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(3), 236 – 240.
- Castro, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Seminario de Doctorado “fundamento y eficacia de la psicoterapia”* (pp. 59 – 90). Universidad Do Sul de Santa Catarina, Brasil.
- CIFRHS. (2005). *Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud*. Recuperado el 7 de octubre del 2008, de <http://www.cifrhs.mx>, actualmente <http://www.cifrhs.salud.gob.mx>
- Cohen, S. (1980). Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory. *Psychological Bulletin*, 87, 578 – 604.
- Cohen, S., Kessler, R., & Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen., R. Kessler y L. Underwood (Eds.), *Measuring Stress. A guide for health and social scientist* (pp. 3 – 26). New York: Oxford University Press.
- Dirección General de Epidemiología. DGEPI. (2007)*. Recuperado el 20 de enero, 2008, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Davidson, R. J. (2000). *Anxiety, Depression and Emotion*. Oxford: University Press.
- Davis, R. (1981). Sleep deprivation in graduate medical education. *Illinois Medical Journal*, 160, 146 – 149.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, Culture and Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403 – 425.
- Drumheller, P. H. (1991). Cognitive Appraisal and Coping of Students varying in stress level during three stages of a college examination. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 237 – 254.
- D’Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Co.
- Edwards, A. (1983). *Techniques of attitude scale construction* (pp. 172 – 200). New York: Irvington Publishers.
- Elliot, D., & Girard, D. (1986). Gender and the emotional impact of internship. *Journal of the American Medical Women’s Association*, 41, 54 – 56.
- Ellis, A. & Abrahams, E. (2001). *Terapia racional emotiva*. México: Alfaomega.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129 – 136.
- Escribà, V., y Bernabé, Y. (2002a). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 1 – 20.
- Escribà, V., y Bernabé, Y. (2002b). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 595 – 604.

- Evans, G., & Cohen, S. (1987): Environmental stressors. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 571 – 610). New York: Wiley.
- Felsten, G. (1991). Influences of situation – specific mastery beliefs and satisfaction with social support on appraisal of stress. *Psychological reports*, 69, 483 – 495.
- Fernández – Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. Fernández – Abascal., E. Palmero., M. Chóliz., y F. Martínez (Eds.), *Cuadernos de prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernández – Ballesteros, R. (1992). Introducción a la evaluación psicológica. Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández, M., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J., y Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 139 – 147.
- Fredén, L. (1986). *Aspectos psicosociales de la Depresión*. México: FCE.
- Friedman, R., Kornfeld, D., & Bigger, T. (1973). Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 48, 436 – 441.
- Fouilloux, C. (2002). *La Salud Mental del estudiante de la UNAM*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Gabbard, G., & Menninger, R. (1988). *Medical marriages*. Washington: American Psychiatric Press.
- Girard, D., Sack, R., & Reuler, J. (1980). Survival of the medical internship. *Forum on Medicine*, 3, 460 – 463.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldhamer, P., & Farine, M. (1985). Resident night call: Time for reappraisal. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 18, 19 – 21.
- Gómez; A. (2003). *Identificación de las intenciones conductuales que muestran los médicos anestesiólogos hacia su especialidad y hacia sus pacientes. Creación de un instrumento de medición*. Tesis de maestría no publicada, universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Góngora – Coronado, E. (2000). *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: Una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Góngora – Coronado, E. (2007). El concepto de enfrentamiento a los problemas. Revisión y avances en Yucatán. En: T. Castillo y L. Cortés (Eds.), *Psicología Social en Yucatán: avances y prospectiva* (pp. 51 – 73). México: Compañía Editorial de la Península

- Góngora – Coronado, E. y Reyes – Lagunes, I. (1999). La estructura de los estilos de enfrentamiento: Rasgo y estado en un ecosistema tradicional mexicano. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 3 – 14.
- Gonzalez – Celis, R. A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la Calidad de Vida en ancianos*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Goodrick, G., Kneuper, S., & Steinbauer, J. (2005). Stress perceptions in community clinic: a pilot survey of patients and physicians. *Journal of community Health: The publication for health promotion and disease prevention*, 30(2), 75 – 88.
- Gordon, G., Hubbell, F., & Wyle, F. (1986). Stress during internship: A prospective study of mood state. *Journal of General Internal Medicine*, 1, 228 – 231.
- Graña, J. (2005). *Formulación de casos en psicología clínica. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization*. Nueva York: Academic Press.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL – Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551 – 558.
- Harris, L. (1978). *The Steelcase National Study of Office Environments: Do they work?*. Grand Rapids: Steelcase.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296-300.
- Heidbreder, E. (1982). *Psicologías del siglo XX*. Barcelona. Paidós.
- Herbert, T., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364 – 379.
- Hernández G., González V., Fernández L., e Infante O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 22 – 32.
- Hollon, S. & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 428 – 466). New York: Wiley and Sons.
- Hsu, K. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *American Journal of Psychiatry*, 144(12), 1561 – 1566.
- International Society for Quality of Life Research. ISOQOL. (2008). Recuperado el 4 de agosto, 2008, de <http://www.isoqol.org>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. Estadísticas Nacionales de Salud. (2010). Recuperado el 20 de octubre, 2011, de <http://www.inegi.org.mx>

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26 – 31.
- Kahn, N., & Addison, R. (1992). Comparison of support services offered by residencies in six specialties, 1979 – 1980 and 1988. *Academic Medicine*, 67, 197.
- Kaplan, S. (1992). *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat.
- Katsching, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katsching., H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales* (pp. 3 – 15). Barcelona: Masson.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 19 – 71). New York: Wiley and Sons.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332 – 339.
- Kendall, P.C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 283 – 284.
- Kevin, G. & Grande, D. (2003). Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *New England Journal of medicine*, 348, 851 – 855.
- Kivimaki M., Sutinen R., Elovainio M., Vathera J., Rasanen K., & Toyry S. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 361 – 366.
- Krantz, D. S., Contrada, R. J., Hill, D. R. & Friedler, E. (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 333 – 341.
- Kutcher, S. (1984). Doping with the stresses of medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 130, 373 – 381.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la Psicología de la Salud. En: L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 3 – 21). México: Thomson Editores.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1990). Theory – Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3 – 13.
- Lazaus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Editorial Desclée de Brower.
- Lazarus, R. (2006). Emotion and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9 – 46.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca. (Trabajo original publicado en 1984).
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1993). From psychological stress to the emotion: A history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1 – 21.
- Leahey, T. (2005). *Historia de la Psicología*. (6ª ed.). Madrid: Pearson Educación.

- Lehner, G., & Kube, E. (1955). *The Dynamics of Personal Adjustment*. (3rd ed.). USA: Prentice Hall.
- Lepore, S. (1997). Measurement of chronic stressors. En S. Cohen., R. Kessler & L. Underwood (Eds.), *Measuring Stress: A guide for Health and Social Scientist*. New York: Oxford University Press.
- Lepore, S., Evans, G. & Schneider, M. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 899 – 909.
- Levey, R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76, 142 – 150.
- Levi, L., y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Lifschitz, A., Zerón, L., & Ramiro, M. (2011). *Los retos de la educación médica en México, Tomo II*. México: Academia Nacional de Educación Médica.
- Linford, A. (1973). *Anxiety factors in comprehensive patient care*. New York: Elsevier.
- López-Ibor, A., y Valdés, M. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- López-Alvarenga, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. y Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403 – 409.
- Lorin, S., Rho L., Wisnivesky, J., y Nierman, D., (2006). Improving medical student intensive care unit communication skills: A novel educational initiative using standardized family members. *Critical Care Medicine*, 34(9), 2386 – 2391.
- Luchina, I. (1982). *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Martín, W. (2008). Is your hospital safe?. Disruptive behavior and workplace bullying. *Hospital Topics*, 86(3), 21 – 28.
- Martín, R., Russell, N. & Graham, G. (1988). In G. Burrows & B. Davies (Eds.), *Handbook of anxiety*. Amsterdam: Elsevier.
- Martínez Lanz, P., Medina Mora, M., y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 48(5), 191 – 197.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807 – 817.
- Matterson, M., & Ivancevich, J. (1987). *Controlling work stress. Effective human resource and management strategies*. EU: Jossey-Bass.
- May, H., & Revicki, D. (1985). Professional stress among family physicians. *The Journal of Family Practice*, 20, 165 – 171.
- McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18, 681 – 705.

- McMillan, T.M., & Rachman, S. (1988). Fearlessness and courage in paratroopers undergoing training. *Personality and Individual Differences*, 9, 373 – 378.
- Medina Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleis, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1 – 16.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Allyn & Bacon.
- Meichenbaum, D., y Jerenko, M., (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- Mejía, R., Diego, A., Alemán, M., Maliandi, M., & Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, 65, 295 – 301.
- Mingote, A. & Gálvez, M. (2007). El estrés del médico residente en urgencias. *Emergencias*, 19, 111 – 112.
- Mingote, A., Moreno, B. & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7), 265 – 270.
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality. DSMIV and Beyond*. New York: Wiley and Sons.
- Moheno, V. (2007). *Rasgos de personalidad, estado de salud mental y factores asociados. Estudio transversal en residentes de 1er y 2º año de diferentes especialidades médicas con sede en el DF*. Tesis de Especialidad no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Molina A., García M., Alonso M., y Cecilia, P., (2003). Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564 – 574.
- Moreno J., y Peñacoba C., (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simon (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva.
- Morrison, E., & Hafler, J. (2000). Yesterday a learner, today a teacher too: residents as teachers in 2000. *Pediatrics*, 105, 238 – 241.
- Murphy, L. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention in causes, coping and consequences of stress at work. En C. L. Cooper y C. R. Payne (Eds.), *Stress at work*. London: Wiley.
- Myers, M. (1986). Marital distress among resident physician. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 1117 – 1118.
- Navarro, G. (2001). *Enfrentamiento a los problemas cotidianos en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombrado, E. (2006). *Formulación de casos y Diseño de tratamientos cognitivo – conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

- Noback, C. (1993). *El Sistema Nervioso. Introducción y Repaso*. México: Editorial Interamericana.
- Nolla, M. (2002). Aprendizaje y contextos reales. *Educación Médica*, 5, 161 – 162.
- Norton, R., Cox, B., Asmundson, G., & Maser, J. (1995). The growth of research on anxiety disorders during the 1980's. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 75 – 85.
- Omar, A. (1995). *Stress y Coping: Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Argentina: Ed. Lumen.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L. y Estrada, C. (2005). *Estrés Ambiental en Instituciones de Salud. Valoración Psicoambiental*. México: UNAM.
- Palmer, Y., Prince, R. y Searcy, R. (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(7), 379 – 383.
- Palomares, A. (2009). *Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de México*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2 – 21.
- Pino, S. (1996). Estrés durante la formación médica posgraduada. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 24(2), 75 – 80.
- Plunkett, S., Radmacher, K., & Moll-Phanara, D., (2000). Adolescents Life Events, Stress and Coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356.
- Poinso, I. y Gori, R. (1976). *Diccionario práctico de psicopatología*. España: Herder.
- Polaino, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.
- Porter, A. M., Howie, J. G., & Levison, A., (1987). Stress and the general practitioner. In R. Payne & J. Firth – Cozens (Eds.), *Stress in health professionals*. USA: John Wiley & Sons.
- Rabin, S., Feldamn, D., & Kaplan, Z., (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 159 – 169.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety* (2nd ed.). New York: Psychology Press.
- Ramírez V. (2001). Mujer, trabajo y estrés. *Revista Latinoamericana de Salud y Trabajo*, 1, 58-74.
- Ramírez A., Gram J., Richards M., Cull A., & Gregory, W., (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724 – 728.
- Real Academia Española. RAE. (2008). Recuperado el 20 de septiembre, 2008, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Real Academia Española. RAE. (2010). Recuperado el 1 de junio, 2010, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. España: McGraw-Hill.

- Reina, G., Gutiérrez, J., y Herrera, M. (2004). Síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis*, 13, 77 – 88.
- Reizenstein, G., Grant, M. & Simmons, P. (1986). *Design that cares*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Reséndiz – Rodríguez, A., Jáuregui, L., y Reyes – Lagunes, I. (2010). Lista de chequeo de estresores con intensidad: construcción y validación. En Rivera, S., Díaz-Loving, R., Reyes-Lagunes, I., Sánchez, R., y Cruz, L. *La Psicología Social en México, vol XII*, 547 – 552.
- Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine. (1988). Stress and impairment during residency: strategies for reduction, identification and management. *Annals of Internal Medicine*, 109, 154 – 161.
- Reuben, D. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. *Archives of Internal Medicine*, 145, 286 – 288.
- Reyes – Lagunes, I. (1993). La medición de la personalidad en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 12, 31 – 60.
- Reyes – Lagunes, I. (1999a). Una aportación a la comprensión del mexicano. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 15(2), 105 – 119.
- Reyes – Lagunes, I. (1999b). *Desarrollo de medidas de personalidad válidas para la cultura: Autoconcepto y Estilos de Interacción*. Proyecto de investigación financiado por CONACYT. México: UNAM CONACYT.
- Reyes – Lagunes, I. (2000). *El enfrentamiento a los problemas ¿Rasgo estable o respuesta situacional?* Ponencia presentada en el VIII Congreso Mexicano de Psicología Social y Ier Congreso Mexicano de Relaciones Interpersonales. 17 a 19 de Octubre, Guadalajara, Jal.
- Reyes – Lagunes, I., y García y Barragán, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En Rivera, S., Díaz-Loving, R. y Reyes – Lagunes, I. *La Psicología Social en México, vol XII*, cap. 87, 625 – 630.
- Reyes - Lagunes, I. y Góngora Coronado, E. A. (1998). Escala Multidimensional y Multisituacional de Enfrentamiento a los problemas. Proyecto CONACYT, 1084.PH. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reynoso L. y Selligson I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Editorial Norma.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Robinson, E. G. (2003). Stresses on women physicians: Consequences and coping techniques. *Depression and Anxiety*, 17, 180 -189.

- Robles R, Páez F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rosales J, Gallardo C, Conde M. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de especialidades médico quirúrgicas*, 10, 25-36.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Ruíz, B. A. (2006). *Estilos de enfrentamiento, ansiedad y manejo del enojo en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sapién, J. S., Espinosa, R., del Valle, E., y Treviño, L. R. (2003). Patrones y nociones de la Salud de profesionales de medicina: Una comparación entre géneros. *Psicología y ciencia social*, 6(1), 22 – 33.
- Sarafino, E. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. USA: Wiley and Sons.
- Serrano, L. (2001). *Ansiedad y Depresión en jóvenes con acné juvenil*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Schwartz, A. (1987). Levels and causes of stress among residents. *Journal of Medical Education*, 62, 744 – 753.
- Schwartzmann, L. (2003). Health-Related Quality of Life: Conceptual Aspects. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9 – 21.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1976). *The stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Shulman-Green, D. (2003). Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *OMEGA*, 47(3), 253 – 264.
- Sierra, O., Salazar, A. & Ramírez, M. (2011). Violencia y maltrato en el proceso de educación médica. En A. Lifshitz., L. Zeron & M. Ramiro (Eds.), *Los retos de la educación médica en México*. (pp. 53 – 68). México: Academia Nacional de Educación Médica.
- Skipper, G., Fletcher, C., & Rocha Judd, R. (2004). Tramadol abuse and dependence among physicians. *Journal of American Medical Association*, 292 (15), 1818 – 1819.
- Spielberger, Ch. (1972). *Anxiety. Current trends in theory and research*. USA: Academic Press.
- Stephens, A. (1990). Psychobiological stress responses. En M. Johnston and L. Wallace (Eds.), *Stress and Medical Procedures* (pp. 3 – 24). Oxford: Oxford University Press.

- Stephens, A. (1991). Psychological Coping, Individual Differences and Physiological Stress Responses. En C. L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Personality and Stress: Individual Differences in the stress process* (pp. 205 – 233). New York: Wiley and Sons.
- Stewart, D., Ahmad, F., Cheung, A., & Dell, D. (2000). Women physicians and stress. *Journal of women's Health & Gender – Based Medicine*, 9(2), 185 – 190.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta – analysis. *Health Psychology*, 4, 249 – 288.
- Sutherland, V. & Cooper, C. (1990). *Understanding Stress, a psychological perspective for health professionals*. USA: Chapman & Hall.
- Taylor, A., Sinclair, A., & Wall, E. (1987). Sources of stress in postgraduate medical training. *Journal of Medical Education*, 62, 425 – 428.
- Téllez, R. A. (2001). *Evaluación de los niveles de estrés y ansiedad del personal médico, paramédico y enfermeras de la Cruz Roja Mexicana*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Terras, S. (1994). *Estrés*. Madrid: Ediciones Tutor.
- Topf, M. (2000). Hospital Noise pollution: An environmental stress model to guide research and clinical interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 520 - 528.
- Uliana, R., Hubbell, F., & Wyle, F. (1984). Mood changes during the internship. *Journal of Medical Education*, 59, 119 – 123.
- Vaillant, E., Sobowale, N., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 287, 372 – 375.
- Valdes, M. y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. España: Martínez Roca.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology*. España: Herder.
- Vasconcelos, G. (1982). Prevención de los accidentes anestésicos. *Revista Mexicana de anestesiología*, 5(4), 235 – 238.
- Vaugh, S., Shay, J. & Signaub, J. (1999). *Focus group Interviews in Educational and Psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vincent, M. (1983). Some sequelae of stress in physicians. *Psychiatric Journal of the Ottawa University*, 8(3), 120 – 124.
- Viniegra V. (2005). El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Revista Médica del IMSS*, 43, 305-321.
- Volkow, N., De la Fuente, J., Gómez-Mont, F., y Cuevas, L. (1982). Rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. Nuevas posibilidades del MMPI. *Revista de Investigación Clínica*, 34, 31 – 38.
- Waring, E. (1974). Emotional illness in psychiatric trainees. *British Journal of Psychiatry*, 125, 10 – 11.
- Wicks, R. (2006). *Overcoming secondary stress in medical and nursing practices*. USA: Oxford University Press.

- Winokur, G. y Clayton, P. (1994). *The medical basis of psychiatry*. USA: Saunders Company.
- Wolfe, E., & Jones, H. (1985). Problems experienced by residents in internal medicine training. *Western Journal of Medicine*, 142, 570 – 572.
- Yates, J. (1972). *Teoría y práctica de la terapia conductual*. México: Trillas.
- Zigmond, A., y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 163, 293–298.

# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO CON INFORMACION PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

### Consentimiento con Información para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por la MTRA. EN PSIC. ARELI RESENDIZ RODRÍGUEZ, de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. La meta de este estudio es CONOCER LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE PERCIBEN LOS MÉDICOS RESIDENTES MEXICANOS PARA PODER REALIZAR UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA QUE PERMITA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder PREGUNTAS DE MANERA GRUPAL. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que EL GRUPO haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las entrevistas, los *cassettes* con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la MTRA. EN PSIC. ARELI RESÉNDIZ RODRÍGUEZ. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es CONOCER LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE PERCIBEN LOS MÉDICOS RESIDENTES MEXICANOS PARA PODER REALIZAR UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA QUE PERMITA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una sesión grupal, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la MTRA. EN PSIC. ARELI RESÉNDIZ RODRÍGUEZ al teléfono XXXXXX.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a MTRA. EN PSIC. ARELI RESÉNDIZ RODRÍGUEZ al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

-----  
Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha

## ANEXO 2

### GUIA DE GRUPOS FOCALES

## Guía Grupos Focales

### 1.- Objetivos

#### Objetivo Investigación

Evaluar la Calidad de Vida de los Médicos Residentes a través de los perfiles de estrés, ansiedad y depresión para diseñar, ejecutar y evaluar el efecto de una intervención psicológica en la forma de utilización de los estilos de enfrentamiento y su impacto en la CVMR.

#### Objetivo Grupo Focal

Explorar/Identificar las principales problemáticas y/o exigencias que perciben los Médicos Residentes al realizar su curso de especialización y de esta manera obtener los principales estresores que les aquejan, así como las situaciones específicas para ponerlas en los enunciados (medir estado) de los estilos de enfrentamiento.

### 2. Identificación del moderador

#### Nombre moderador

--

#### Nombre observador (es)

- ✓ Estudiantes de maestría en Medicina Conductual
- ✓ Psicólogas que se encuentren capacitadas para llevar a cabo registros
- ✓ Investigadora principal

### 3. Participantes

Lista de asistentes Grupo focal
Médicos residentes que estén llevando un curso de especialización médica en anestesiología.
La lista puede tener un máximo de 12 participantes y un mínimo de 5

### 4. Preguntas – temáticas estímulos

Preguntas estímulo
1.- Describe un día habitual (desde que te levantas hasta que te duermes)
2.- Describe cómo fue tú último día de guardia
3.- Describe las situaciones a las que te enfrentas como residente
4.- Crees que existan diferencias entre especialidades y por género en las situaciones que enfrentas como residente
5.- Tú (Uds.) qué crees(n) que te(les) ayudaría?
<i>*Se podrán anexar otras preguntas según la dinámica del grupo.</i>

### 5. Pauta de chequeo (evaluación)

Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)	
Lugar adecuado en tamaño y acústica.	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo focal.	
Asistentes sentados en “U” en la sala.	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema.	
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.	
Explica en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes.	
Permite que todos participen.	
Registro de la información (grabadora).	

## ANEXO 3

### VERSION PARCIAL DE LA ESCALA “EMMEE”

**CUANDO TENGO PROBLEMAS LABORALES EN EL HOSPITAL  
YO...**

		<u>siempre</u>					<u>nunca</u>	
1	Pienso que a todo el mundo le puede pasar.	<input type="checkbox"/>						
2	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>						
3	Lo platico con alguien para buscar la solución.	<input type="checkbox"/>						
4	Le veo sus ventajas.	<input type="checkbox"/>						
5	No pienso en ellos.	<input type="checkbox"/>						
6	Trato de divertirme, para olvidarme de ellos.	<input type="checkbox"/>						
7	Me desespero.	<input type="checkbox"/>						
8	Me distraigo haciendo cosas en la casa.	<input type="checkbox"/>						
9	Los trato de superar.	<input type="checkbox"/>						
10	Pido que me ayuden a analizar la situación.	<input type="checkbox"/>						
11	No puedo dormir bien.	<input type="checkbox"/>						
12	Me preparo.	<input type="checkbox"/>						
13	Les busco el sentido.	<input type="checkbox"/>						

## ANEXO 4

### VERSION PARCIAL DE LA ESCALA "HAD"

### ESCALA H.A.D.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

---

1.-Me siento tenso(a) nervioso(a):

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

3.-Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Sí y muy intenso       Sí, pero no muy intenso       Sí, pero no me preocupa       No siento nada de eso

4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

## **ANEXO 5**

### **VERSION PARCIAL DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II "IDB-II"**

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste de 21 grupos de oraciones. Por favor lee cada grupo cuidadosamente y elije una oración en cada conjunto, la que mejor describa cómo te has sentido en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Encierra en un círculo el número que está junto a la oración que elegiste. Si crees que varias oraciones en un mismo grupo reflejan cómo te has sentido, elije aquella que tenga el número más alto del conjunto. Asegúrate de no elegir más de una oración por cada grupo, incluidos el reactivo 16 (cambios en los patrones de sueño) y el reactivo 18 (cambios en hábitos alimentarios).

**1. Tristeza**

- 0. NO me siento triste.
- 1. Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2. Estoy triste todo el tiempo.
- 3. Estoy tan triste o infeliz que NO puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0. NO estoy desanimado por mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado por mi futuro que de costumbre.
- 2. No espero que las cosas mejoren para mí.
- 3. Siento que mi futuro es desalentador y puede empeorar.

**3. Fracasos del pasado**

- 0. NO me siento un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos en mi vida.
- 3. Siento que como persona soy un total fracaso.

**4. Pérdida del placer****6. Sentimientos de castigo**

- 0. NO siento que estoy siendo castigado.
- 1. Siento que podría ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

**7. Desagrado con uno mismo**

- 0. Me siento igual que siempre sobre mi ~~persona~~.
- 1. He perdido confianza en mí mismo.
- 2. Me siento desilusionado de mí mismo.
- 3. NO me gusta como soy.

**8. Auto-crítica**

- 0. NO me critico ni me culpo más de lo debido.
- 1. Soy más crítico de mi persona de lo que ~~solía~~ ser.
- 2. Me autocrítico por todas las faltas ~~que~~ cometo.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

## **ANEXO 6**

### **VERSION PARCIAL DE LA LISTA DE CHEQUEO DE ESTRESORES CON INTENSIDAD**

**Check list de estresores con intensidad**

A continuación se le presentarán enunciados con situaciones que podrían ser estresantes en la práctica como residente de Anestesia, marque con una "X" dentro de las dos primeras columnas la que corresponda a esa situación para Ud. En la tercera columna marque el grado de intensidad en que le afecta el evento estresante; el gradiente va del 1 al 10 en donde 1 es "no me afecta casi nada" y el 10 "me afecta mucho".

	NO	SI	Intensidad 1 – 10
1. Dolor de espalda			
2. Transmitir malas noticias			
3. Dolor de piernas y/o pies.			
4. Accidentes laborales			
5. Interferencia del trabajo con la vida familiar			
6. Enfermedades físicas (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, de la piel, caída de pelo, etc.)			
7. Problemas con la pareja			
8. Mala comunicación con sus adscritos o jefes			
9. Contacto con sufrimiento y muerte			
10. Problemas familiares			
11. Falta de reconocimiento por parte de los pacientes			
12. Automedicarme			
13. Sentimiento de responsabilidad de vidas humanas			
14. Escasez de recursos			
15. No contar con incentivos			
16. Escases de personal de apoyo			
17. Disminución del placer			
18. Sentirme poco remunerado			
19. Ser demandado por mala práctica			
20. Que no se pueda fumar			
21. Cometer errores			

## **ANEXO 7**

### **CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**Los datos proporcionados serán tratados de manera anónima, confidencial y se utilizarán única y exclusivamente para propósitos de esta investigación.**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación:

\_\_\_\_\_

(Poner firma)

**Favor de escribir los siguientes datos:**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

**Si tienes alguna duda o si te interesa tener más información, mi correo electrónico es [areli@heortiz.net](mailto:areli@heortiz.net), es importante que anotes tu número de folio (abajo a la derecha de esta hoja) para que pueda identificar tus resultados y darte retroalimentación.**