



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

TITULO:

**FACTORES ASOCIADOS AL TIPO DE AFRONTAMIENTO QUE
PRESENTAN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE CURSAN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 20**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIANA MORALES SANTAMARIA

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA



México D.F; 2014



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.

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

DEDICATORIAS:

A Dios por permitirme concluir una etapa más.

A mi mamá, a mis tías Josefina, Elvira y Má. De Jesús porque sin su ayuda y su confianza en mí, este camino no hubiera sido fácil. Las quiero.

A mi papá, aunque no estas físicamente sé que me acompañas en cada momento y que disfrutas al igual que yo este nuevo logro.

A mi Dany por ser mi amigo, colega y compañero de vida, porque con tu amor y compañía haces de cada uno de mis días, un día especial. Porque eres parte importante de esta etapa que hoy concluye, ya que durante este viaje siempre has caminado a mi lado, apoyándome y alentándome a seguir adelante. Te Amo.

A mis hermanas Fer, Andy, Ale y Dary por creer en mí, por compartir tantos momentos buenos y malos, por ser parte importante del motor que me impulsa a seguir día con día, por ser mis eternas amigas que lo dan todo sin pedir nada a cambio.

AGRADECIMIENTOS:

A dios por caminar siempre a mi lado y a la vida por ponerme en este camino rodeándome de gente maravillosa.

A mi familia por darme su apoyo incondicional, por ser mi ejemplo de vida y mi fortaleza.

A mis amigos por su amistad incondicional, por compartir mis alegrías y mis tristezas, porque a pesar de no vernos diario sé que siempre estarán ahí.

A mi compañero de residencia y amigo Fabricio, por su gran humor y amistad sincera, además de su gran apoyo durante la realización de esta tesis.

A mi asesora la Dra. Santa Vega Mendoza ya que sin su ayuda, no hubiera sido posible concluir esta meta.

A mis compañeros de residencia, gracias a ustedes esto fue una gran etapa.

INDICE

	PAGINA
Resumen	
Titulo	
Antecedentes	1
Planteamiento del problema	23
Justificación	24
Objetivos	27
Hipótesis de Trabajo	28
Material y Métodos	29
Resultados	36
Discusión	46
Conclusiones	49
Recomendaciones	51
Referencias	52
Anexos	57

FACTORES ASOCIADOS AL TIPO DE AFRONTAMIENTO QUE PRESENTAN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE CURSAN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 20

Morales-Santamaria Mariana ¹. Vega-Mendoza Santa ².

1. Médico Residente de tercer año en Medicina Familiar UMF20 IMSS.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar, UMF20 IMSS.

Introducción: El afrontamiento es un proceso cambiante que puede repercutir en la capacidad y calidad del trabajo de los Médicos Residentes según la estrategia utilizada. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al tipo de afrontamiento que presentan los médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar en la UMF20 del IMSS. **Metodología:** estudio transversal analítico, julio 2013, en 53 residentes de medicina familiar, previo consentimiento informado se indagaron datos generales, tipo de estrategias de afrontamiento, se aplicó inventario MBI, GOLDBER y COOPERSMITH. Análisis estadístico descriptivo y Ji2. **Resultados:** sexo femenino 66%(35), soltero 67.9%(36), edad 25-30 años 66%(35), católicos 84.9%(45), tercer año 41.5%(22), enfermedad previa 17%(9), diagnóstico de asma 44.5%(4), rol de hijo 66%(35), aportan económicamente 88.7%(47), familia normofuncional 96.2%(51), crisis leve-moderada 20.8%(11) por enfermedad de familiar 17%(9), ansiedad 37.7%(20), depresión 18.9%(10), Burnout 3.8%(2) y autoestima baja 79.2%((42). Afrontamiento adecuado 83%(44), con resolución de problemas 58.5%(31), propuesta de mejora realización de ejercicio 28.3%(15), se relaciona nivel de afrontamiento con la estrategia (P=.039) y percepción de la misma (P=.015). **Conclusión:** no existe relación entre los factores externos con el tipo de afrontamiento utilizado por los médicos residentes de medicina familiar.

Palabras clave: Afrontamiento, síndrome de Burnout, ansiedad, depresión, autoestima, residentes, medicina familiar.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE TYPE OF COPING PRESENTING MEDICAL RESIDENTS THAT CURSAN SPECIALTY FAMILY MEDICINE AT UMF 20

Morales-Santamaria Mariana ¹. Vega-Mendoza Santa ².

1. Resident Physician in Family Medicine third year, UMF 20 IMSS.
2. Specialist in Family Medicine, UMF20 IMSS.

Introduction: Coping is an evolving process that can affect the ability and quality of work of the Resident Doctors as the strategy used. **Objective:** To determine the factors associated with type of coping having medical residents enrolled in the specialty of family medicine at the IMSS UMF20. **Methods:** cross-sectional study, July 2013, 53 residents in family medicine, general data prior informed consent, type of coping strategies, were investigated inventory MBI, Goldberg and Coopersmith was applied. Ji2 descriptive statistical analysis. **Results:** 66% female (35), singles 67.9% (36), age 25 to 30 years 66% (35), Catholic 84.9% (45), third year 41.5% (22) after disease 17% (9) , diagnosis of asthma 44.5% (4), the role of child 66% (35), contribute economically 88.7% (47), family normofuncional 96.2% (51), mild-moderate crises 20.8% (11) sick family 17% (9), anxiety 37.7% (20), depression 18.9% (10), Burnout 3.8% (2) and low self-esteem 79.2% ((42). suitable Coping 83% (44), with 58.5% problem solving (31) for improvement exercise performance 28.3% (15), level of coping is related to the strategy (P = .039) and perception of it (P = .015). **Conclusion:** There is no relationship between external factors with the type of coping used by family medicine residents.

Keywords: Coping, burnout syndrome, anxiety, depression, self-esteem, residents, family medicine.

**FACTORES ASOCIADOS AL TIPO DE AFRONTAMIENTO QUE
PRESENTAN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE CURSAN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 20**

ANTECEDENTES

Desde los modelos cognitivos de la emoción no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente. En este contexto y desde el modelo de Lazarus, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). (1)

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento ("coping"), siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante. Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. (2)

El afrontamiento es definido "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o

conductuales". Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979). (3, 4)

Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes". (5)

En esta perspectiva que intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "método utilizado", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción y una tercera dimensión básica atendiendo a la

"naturaleza de la respuesta" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.(5)

Así mismo, Endler y Parker en 1990, plantearon que existen preferencias en el uso de determinadas estrategias, independientemente del estresor y a través del análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" identificaron tres dimensiones básicas: el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". Posteriormente en un estudio realizado por Roger, Jarvis y Najarian en 1993, al modelo anterior le añadieron una cuarta dimensión, denominada "separación o independencia afectiva respecto al estresor". (6)

Los médicos residentes constituyen uno de los trabajadores de la salud, que podrían ser más afectados por el estrés porque debe trabajar con los aspectos emocionales del paciente (sufrimiento, miedo, incertidumbre y muerte), así como tratar con pacientes graves afectando sus niveles de afrontamiento. Estas circunstancias los pueden afectar emocional y físicamente pudiéndolos conducir al síndrome de estrés profesional crónico. El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores de la salud quienes principalmente se han resentido ante esta problemática, reportándose esto en diversos estudios (Gil Monte, Peiró, 1997, Flores, 2003, Guevara C, y Herrera. (2004). (7, 8)

Durante la realización de los postgrados clínicos, los médicos se encuentran inmersos en una serie de situaciones, relacionadas con las condiciones laborales y académicas, que requieren constantes demandas físicas y emocionales que generan gran incertidumbre y estrés, dadas por

la gravedad de los diagnósticos, el tipo de intervenciones, la utilización de terapias y equipos sofisticados, el contacto permanente con el sufrimiento de los pacientes y sus allegados; la necesidad de intervenir en situaciones de crisis; exceso de trabajo, falta de recursos humanos y materiales, gran presión y sobrecarga laboral. Todo este entramado de circunstancias que envuelven el ejercicio de estos médicos pudiera llegar a sobrepasar su capacidad de afrontamiento, pudiendo ocasionar a estos profesionales niveles elevados de estrés y desgaste profesional, afectando la salud del médico repercutiendo en la calidad de la atención médica. Esta situación es compleja porque involucra factores inherentes al propio trabajo, las relaciones interpersonales, estructura y clima organizacional, factores internos del médico (sus creencias, valores y capacidad de afrontamiento). (5)

Dentro de la evaluación de los factores internos del estrés. La reactividad al estrés se define como "El conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa. Considerándose las variables propias del individuo y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes como las determinantes en forma directa de la respuesta del organismo a dichas situaciones. (9)

En el ambiente de salud se ha encontrado que, en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal médico. Otras fuentes de estrés reportadas en los servicios de salud son: infrautilización de las habilidades, presión económica, la preocupación y el miedo a la mala práctica, la interferencia laboral con la vida familiar y las prácticas administrativas. (10, 11)

En relación al desgaste profesional crónico (burnout) la definición más aceptada ha sido la proporcionada por Maslach y Jackson en 1981, quienes lo han considerado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal que ocurre entre individuos que realizan un trabajo cara a cara. Por otro lado, Gil-Monte en 2005, definen el síndrome de Burnout como: “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”. (11, 12)

En el estudio realizado en 2007 se determinó que el nivel de estrés laboral es mayor entre los médicos residentes de especialidades médicas que quirúrgicas. En Venezuela Flores y Rassy en 1991 señalan la relación de inconformidad expresada en relación a las guardias mayores de 24 horas y el ausentismo laboral como causa revelador de la fatiga laboral como factores de riesgo entre residentes e internos. Los servicios de urgencias pueden considerarse como verdaderos factores de riesgo para la generación de estrés por excelencia (alta presión asistencial, exigencias por parte de los pacientes de reducir el tiempo de demora, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, falta de cooperación por parte de los enfermos y sus familiares, responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, prisas y agobios continuos). (11, 13)

Estos factores contribuyen a que la etapa de formación de residencias médicas sea especialmente un periodo de vulnerabilidad al estrés así diversos estudios han demostrado que los Médicos Residentes sufren altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional y síndrome de burnout. En nuestro hospital durante el primer año de residencia (R1) la labor asistencial del médico residente se desarrolla principalmente en los

servicios de urgencias, y durante los dos años siguientes (R2 y R3), aunque los residentes no realizan exclusivamente guardias de urgencias, el servicio de urgencias sigue siendo el lugar donde desarrollan gran parte de su trabajo, lo que implica una alta probabilidad de desarrollar vulnerabilidad al estrés. Por lo que es necesario desarrollar o aplicar estrategias de afrontamiento optimas al contexto.

El estrés es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los mismos que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar. Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio. Existen dos clases de modos de afrontamiento: los que se dirigen al problema para resolverlo y, los que se dirigen a la emoción a fin de atenuar la angustia experimentada; pudiendo ambos modos coexistir de una forma conflictiva o no. Algunos investigadores encuentran que las estrategias dirigidas al problema serían más saludables que las dirigidas a la emoción; otros, en cambio encontraron que la eficacia de los modos de afrontamiento dependerá de la intensidad del estrés, siendo las estrategias enfocadas en el problema más efectivas si el estrés no es muy intenso, en caso contrario las enfocadas en la emoción serían las más adaptativas.

Los resultados obtenidos en esta investigación, serán utilizados de manera teórica-practica, dado que las situaciones de estrés son valorables en diferentes escalas, podremos en un futuro aplicar dichos instrumentos de medición, previos al inicio de la especialidad de medicina familiar, y quizás en un futuro pueda utilizarse como un método estándar para la valoración del médico que se encuentra próximo a iniciar cualquier tipo de especialidad. Por lo que los beneficiarios serian directamente los médicos

residentes, quienes serán evaluados previamente, y durante el desarrollo de su especialidad para ir recolectando datos en cuanto a sus diferentes capacidades, en tanto que para los evaluadores, esta investigación será una referencia importante para tomar decisiones acerca del manejo que se requiere utilizar con dichos médicos residentes, así como también, continuar en la búsqueda de mejoras en cuanto a los planes académicos de tal manera que se logre un balance y un equilibrio adecuado que nos evite producir estados de ansiedad en los médicos residentes.

Antes de abordar el nivel de afrontamiento en los residentes de medicina familiar, debemos primero entender y analizar las respuestas del ser humano ante las situaciones de estrés o problemática laboral, Hay que pensar que todas las personas tienen capacidad para reaccionar con ansiedad, porque se trata de una respuesta emocional. Las emociones son reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo o estado afectivo. Esta reacción suele tener un marcado acento placentero o desagradable y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, o corporales, a veces muy intensos (experiencia emocional). (14, 15)

Los cambios corporales se caracterizan, por una elevada activación fisiológica, especialmente del sistema nervioso autónomo (sudoración excesiva, aumento de tasa cardiaca, etc.) y del sistema nervioso somático (tensión muscular), aunque también se activan otros sistemas (hormonal, inmune, etc.) Esta reacción puede reflejarse también en expresiones faciales típicas, fácilmente identificables por cualquier observador externo (expresiones de alegría, tristeza, miedo, enfado, etc.), así como en otras conductas motoras también observables, como algunos movimientos, posturas, cambios de voz, etc. (16, 17)

Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación estimular concreta, sin embargo, también puede provocarlas algún tipo de información interna del propio individuo, tales como: recuerdos, información propioceptiva (sensaciones), etc. La interpretación de una situación determinada no es igual para todos los individuos, ni siquiera a veces para el mismo individuo en diferentes momentos. De cómo se interprete dicha situación dependerá el que surja o no alguna emoción, así como si la emoción será positiva (placentera) o negativa (desagradable). (3)

La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, que resulta muy adaptativa pues nos pone en alerta ante una posible amenaza; sin embargo, a veces se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa), especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, que se refleja en fuertes cambios somáticos, algunos de los cuales son percibidos por el individuo; además, esta reacción, cuando es muy intensa, puede provocar una pérdida de control sobre nuestra conducta normal. (17)

La actividad cognitiva está relacionada con la activación fisiológica. Al evaluar cognitivamente las consecuencias de una situación, se produce un incremento de la activación fisiológica. Hay muchas situaciones que generan ansiedad. Por ejemplo, ver una película de suspense nos pone en alerta y nos activa. En la vida cotidiana, las situaciones ambiguas, sin resultado cierto, también nos activan y nos ponen en alerta. Estos cambios son normales en todos los individuos, aunque existen diferencias individuales en la intensidad de las respuestas fisiológicas provocadas por un mismo estímulo. (16) Cambios fisiológicos intensos no tienen porque ser patológicos, sino que por lo general se consideran respuestas adaptativas del individuo a las demandas de la situación. Una persona que

está muy activada en un examen o cuando habla en público no debería extrañarse en principio, pues necesita más recursos energéticos, más atención, en definitiva más recursos de afrontamiento que si estuviera tranquilamente descansando.

Esta mayor actividad fisiológica hasta cierto punto es normal, aunque pueda ser interpretada como un peligro por algunas personas. Ahora bien, en algunos individuos las respuestas fisiológicas muy intensas llegan a hacerse crónicas, es decir pueden llegar a mantenerse por un espacio excesivo de tiempo. Para entender lo que sucede con una metáfora podríamos decir que tales individuos van muy acelerados todo el tiempo, lo cual implica más gasto energético, dificultades para descansar, malestar, e incluso la posibilidad de que algo falle. Podríamos decir que una alta activación fisiológica, producida por situaciones que generan ansiedad, en principio no es patológica, pero si su intensidad es excesiva y crónica (se mantiene en el tiempo) puede afectar a la salud. (18, 19)

Existen tres clases de estresores: físicos, sociales y psicológicos. Entre los físicos están el ruido, las toxinas y todas las demás sustancias concretas que pueden ejercer algún impacto en nuestro organismo. A menos que sean muy severos, con el tiempo tendemos a adaptarnos a la mayoría de ellos. Los estresores sociales provienen de nuestra interacción con las demás personas. Algunos acontecimientos, como la pérdida de un ser humano o los conflictos con los demás, constituyen otra fuente de estrés. Estos estresores sociales son externos y, por lo regular, están al menos parcialmente bajo nuestro control. En cambio, los estresores psicológicos tienen lugar en el interior de nuestra psique y comprenden todas las emociones como frustración, ira, odio, celos, miedo, tristeza y sentimientos de inferioridad. (8) La exposición continua al estrés suele dar lugar a síntomas mentales y físicos constantes, como pueden ser la:

- Irritabilidad o estado depresivo
- Conducta impulsiva e inestabilidad emocional
- Dificultad de concentración
- Temblores y tics nerviosos
- Predisposición a asustarse
- Tensión emocional e hipervigilancia
- Impulsos irresistibles de gritar, correr o esconderse
- Fatiga crónica, insomnio y/o pesadillas
- Palpitaciones cardíacas
- Cefaleas de tipo migrañoso
- Sequedad de boca y sudoración
- Dolor en la parte inferior de la espalda
- Disminución o aumento del apetito

Cohen y Lazarus definen las estrategias de afrontamiento como: los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que se evalúan como que exceden los recursos de una persona. Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos. Según Folkman y Lazarus podemos señalar los siguientes: (6, 20)

- Materiales y económicos
- Vitales
- Psicológicos
- Técnicas de solución de problemas
- Habilidades sociales
- Apoyo social

En tanto a los estilos de afrontamiento se puede decir son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son

las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarle sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Hay personas con un estilo confrontativo (activo, vigilante), que buscan información o actúan directamente ante cualquier problema, mientras que otras tienen una tendencia evitadora (pasiva, minimizadora) En general, el afrontamiento activo es adaptativo, y el evitativo es desadaptativo; sin embargo, hay situaciones en que la "actividad" es desadaptativa, o la "pasividad" adaptativa, según su efectividad ante determinada situación. El estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite, o persiste, a lo largo del tiempo (por ejemplo, solventar situaciones de tensión continua laboral), y es útil para anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. El estilo evitador puede ser más útil para sucesos amenazantes a corto plazo (por ejemplo, un robo con intimidación) No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (6)

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento concuerdan en determinar 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento, que se corresponderían a otros tantos estilos de afrontamiento: (19, 21)

Afrontamiento cognitivo

Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente (Aceptación, Autoanálisis, Humor, Poder mental, Preocupación, Reestructuración cognitiva).

A. Aceptación (reconocer, respetar, tolerar)

“Uno no se queja del agua porque está mojada, ni de las rocas porque son duras... La persona que se autorrealiza encara la naturaleza humana en sí mismo y en los demás de la misma manera en que el niño mira al mundo con ojos muy abiertos, inocentes y sin crítica, simplemente apreciando y observando lo que corresponde y sin discutir las cosas ni pretender que sean diferentes”

“Cuando el cliente experimenta la actitud de aceptación que el terapeuta tiene hacia él, es capaz de asumir y experimentar esta misma actitud hacia sí mismo. Luego, cuando comienza a aceptarse, respetarse y amarse a sí mismo, es capaz de experimentar estas actitudes hacia los demás”
(17)

B. Autoanálisis (autoobservación, autocrítica)

Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad en el origen (ocurrencia), mantenimiento o manejo del problema (situación estresante), y actuar en base a ésta reflexión. La relajación o la meditación son técnicas que pueden optimizar éste análisis porque amplían el campo de conciencia.

C. Humor

El sentido del humor permite afrontar conflictos, o situaciones potencialmente angustiantes, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos.

En otros casos, una expresión de humor (por ejemplo, un chiste) es una formación de compromiso (forma que adopta lo reprimido para ser admitido en lo consciente, a semejanza del síntoma, los lapsus o los sueños) en la que se satisfacen, a la vez, el deseo inconsciente y las exigencias defensivas. La risa puede encubrir un impulso agresivo: “Vaya,

casi le derramo el café encima (seguido de una risa)”. Esta persona podría tener mucho resentimiento residual desde la infancia, por la forma en que los padres lo (mal) trataron, por lo que causar ahora sufrimiento a alguien proporciona una satisfacción inconsciente por las injusticias sufridas de niño. Así pues, su risa revela la verdad: estaría inconscientemente encantado de derramar el café sobre usted.

D. Poder mental

Esta propuesta incluye la estrategia “Apoyo espiritual”, donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión (confiar en un curandero o líder espiritual, rezar y “Dejar que Dios se ocupe del problema”), y técnicas metafísicas que se centran directamente en el poder mental (el poder del pensamiento): Visualizaciones, Afirmaciones, Peticiones, Decretos u Oraciones.

La Metafísica esotérica es la ciencia que va “más allá de la Física”, y que se ocupa de “lo invisible y sin forma”. Se divide en 3 campos de estudio: Ontología, que estudia el Ser (“Yo Soy”), Teología, que estudia a Dios en manifestación (“Yo Soy el que Soy”), y Gnoseología, que estudia el conocimiento en sí mismo (“Yo sé lo que Soy”)

E. Preocupación

Se trata de una preocupación (improductiva) por la felicidad futura (“Preocuparme por lo que está pasando”), relacionada con la afectividad negativa (tendencia a estar angustiado, a preocuparse, al pesimismo, y a estados de infelicidad o depresivos).

Reestructuración cognitiva (reevaluación positiva)

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo,

considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal.

Afrontamiento afectivo

Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante (Agresión pasiva, Aislamiento, Apoyo social, Autocontrol, Catarsis, Escape/evitación, Supresión)

A. Agresión pasiva

Expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces se da como respuesta a una demanda de acción o desempeño independiente, o a la falta de satisfacción de deseos de independencia, pero puede ser adaptativo para personas en situaciones de subordinación, donde la comunicación directa y asertiva está castigada, por lo que no es posible expresar asertividad de una forma más abierta (un subordinado respecto a su jefe, relaciones de abusos o maltrato)

Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás (a menudo ira hacia el padre). Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento.

B. Aislamiento (retirada social)

Retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, ya sea una huida de los demás por reserva (para que no conozcan su problema ("Guardar mis sentimientos para mí solo")), o ambas cosas.

C. Apoyo social

Acudir a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos), o a profesionales (abogados, psicólogos, etc.), para buscar apoyo instrumental (por ejemplo, dinero), información, o apoyo emocional.

Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos (sin culpar a los que nos ayudan o apoyan - Afiliación, DSM IV TR-)

D. Autocontrol (control emocional)

Esfuerzos para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

E. Catarsis (descarga emocional)

Liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (llorar, gritar, liberar la agresividad), puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles.

A semejanza del método catártico psicoanalítico (descarga de las emociones - por ejemplo, llanto - vinculadas a un acontecimiento traumático inconsciente, a través de su vivencia en el presente), hablar, comunicar nuestras preocupaciones, expresar las emociones, tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas, con el paso del tiempo, como de somatizar y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica.

F. Escape/evitación (distanciamiento, desconexión cognitiva, evasión)

Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente ("Saco el problema de mi mente"), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo ("Ojalá hubiese

desaparecido esta situación”), o de un pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras - esperanza -), realizar actividades como distracción (diversiones relajantes como ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas de autocuidado, como arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas, salir con amigos - o solo - a divertirse), o estrategias reductoras de tensión (paliativas) como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos. La retirada de la interacción con el mundo (retirada apática), en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, es un componente clave de todas las adicciones.

El sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, lleva a recurrir (induce) a la autosatisfacción a través de sustancias (por ejemplo, drogas), conductas (por ejemplo, ludopatías), o el propio cuerpo (por ejemplo, adicción al sexo) con lo que se evita dar amor verdadero a otros.

G. Supresión

Consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar) Es un mecanismo consciente que tendría lugar a nivel de la “segunda censura”, que Freud sitúa entre el consciente y el preconscious. Es una exclusión fuera del campo de conciencia actual, y donde desempeñan una función primordial las motivaciones morales.

La vida en sociedad a veces requiere que el individuo aplase la satisfacción de sus necesidades. Una persona puede estar convencida de que, para evitar males mayores, debe postergar, quizá indefinidamente, la expresión de una conducta (verbal, motriz, etc.) y, por tanto, la satisfacción de la necesidad percibida que subyace a la misma.

- Un ejemplo de supresión es cuando una persona inhibe pensamientos sexuales (hay una necesidad sexual percibida) cuando interactúa con compañeros de trabajo atractivos, para no poner en riesgo su puesto de trabajo, y, por tanto, su fuente de ingresos y su nivel de vida.

Afrontamiento conductual

Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores (Afrontamiento directo, Anticipación, Autoafirmación, Falta de afrontamiento, Planificación, Postergación). Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos para buscar soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación)

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional. Por ejemplo, si alguien presenta una denuncia por observar basura en su barrio, esto puede ser una estrategia eficaz para solucionar el problema y, a la vez, reducir su ira o malestar. Pero puede suceder lo contrario. Por ejemplo, una estrategia aparentemente eficaz para la regulación de la ira (por ejemplo, dar un grito a una persona), puede dejar el problema tal como estaba e incluso crear otros nuevos (por ejemplo, rechazo por parte de la otra persona)

El uso de unas estrategias de afrontamiento u otras depende también de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Las

situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones. En general, un afrontamiento óptimo requiere la capacidad de usar, de forma flexible, múltiples estrategias. (5, 22)

A. Afrontamiento directo (confrontación)

Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

B. Anticipación

Anticipar problemas o situaciones conflictivas posibles, considerando las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas. La idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura posible, a semejanza del objetivo preventivo de las vacunas; pero, en éste caso, sin nocividad posible, puesto que no alteran el cuerpo.

C. Autoafirmación (respuesta asertiva)

Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad)

Falta de afrontamiento (renuncia, desconexión comportamental)

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos, o reacciones depresivas: "No tengo forma de afrontar la situación".

D. Planificación (planeamiento)

Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo.

E. Postergación (refrenar el afrontamiento)

Esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación.

Determinantes del afrontamiento (factores moduladores)

Influyen en la preferencia o en la elección de las estrategias de afrontamiento.

Personalidad. La personalidad determina un "estilo de afrontamiento", y es un evidente determinante del afrontamiento (2)

Búsqueda de sensaciones. Las personas "buscadoras de sensaciones", según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos (hacer puenting, probar drogas, tener viajes de aventuras o vivir experiencias inusuales) y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas (4)

Sensación de control. Una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. El modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida, propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna

estrategia, ni ahora ni el futuro, para cambiar una situación aversiva personal, o cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (8)

Optimismo. Consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar el lado positivo de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (23)

Otras variables. Aunque se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc..) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda. No obstante, parece cada vez emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación (19)

Algunos estudios enfatizan que las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. Para Lazarus y Folkman, estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando la resolución de los problemas en cooperación social. (21)

Medio social. Los factores del medio social juegan un importante rol, lo cual es perfectamente lógico si se tiene en cuenta la influencia de la cultura y del marco legal en la mentalidad y conducta de los miembros de determinada sociedad.

Naturaleza de la situación. La naturaleza de la situación (suceso estresante) a afrontar y la actuación de otros factores estresantes simultáneos (por ejemplo, una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas)

Los recursos de afrontamiento con los cuales se cuenta se definen de la siguiente manera: (19, 24)

Recursos materiales. Disponibilidad de tiempo, educación, dinero, nivel (calidad) de vida, etc. Por ejemplo, tener dinero permite disponer de determinados recursos para afrontar una situación problemática, o puede amortiguar los potenciales efectos de un estresor (por ejemplo, ser despedido del trabajo)

Apoyo social. El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos) No es tanto la red social "física", o número de personas cercanas disponibles (los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos), como el apoyo percibido por parte de la persona (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros. Los animales domésticos también pueden ser un elemento más de la red de apoyo. Investigaciones con humanos y animales indican que la existencia de un apoyo social efectivo es un amortiguador del estrés y favorece la salud. Disminuyendo la probabilidad general de presentar enfermedades: por ejemplo, herpes, infarto de

miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psicológicos diversos, como episodios depresivos en personas vulnerables. Acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psicobiológicos que operan estos cambios. (19) Por todo lo anteriormente planteado es necesario conocer aquellos mecanismos de afrontamiento aplicados en médicos residentes, así como los factores asociados a ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio a realizar tiene la finalidad de identificar las diversas estrategias de afrontamiento y los factores asociados para ello en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar.

Ya que el uso de estrategias de afrontamiento u otras depende también de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (16) En general, un afrontamiento óptimo requiere la capacidad de usar, de forma flexible, múltiples estrategias. (19)

Dada la repercusión que esto puede tener en la capacidad y calidad del trabajo de los Médicos Residentes consideramos importante conocer en qué situación se encuentra este colectivo profesional en nuestro hospital. Para lo cual nos planteamos los dos siguientes objetivos: primero, evaluar la estrategias de afrontamiento en médicos residentes de un hospital en el que están sometidos a una alta carga asistencial y asumen una gran responsabilidad en los servicios de urgencias y segundo conocer las propuestas de los residentes para mitigarlo y mejorar su satisfacción personal. Así como identificar los factores asociados a estas estrategias de afrontamiento. (21)

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al tipo de afrontamiento en médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar en la UMF 20?

JUSTIFICACION

En el actual mundo globalizado, agitado y complejo los trastornos mentales –como la ansiedad y la depresión– tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (10, 20)

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. (10, 20)

En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona. (7, 22) En otro reporte de investigación se encontró que la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones. En las primeras fue de 15.3% (depresión leve) y 2.3% (depresión moderada); frente a un 5.3 % (depresión leve) y un 2.3% (depresión moderada) de los varones. La ansiedad es también mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.2% frente a 8.9% (8, 10)

Ante esta situación los residentes en la mayoría de los casos desarrollan procesos adaptativos para hacerse del capital simbólico necesario para formar parte de esa pequeña sociedad. (18) En ocasiones de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad individual esta adaptación no se realiza y se evidencian los trastornos del estado de ánimo y problemas mentales más complejos.

Este ambiente educativo y laboral en el área de la salud inicia a ser estudiado aparte de opiniones y ensayos con estudios en donde se analizan y cuantifican los factores que inciden en la presencia de trastornos del estado de ánimo. Se ha encontrado que entre los residentes existe un índice de consumo de alcohol del 65%, donde 74.5% de ellos pertenecen al sexo masculino. Adicionalmente a que una tercera parte de ellos presenta alteraciones del sueño, se determinó que el 14% de los estudiantes tiene elevados niveles de stress y el 47.5% presenta signos depresivos. (7, 10) Por otro lado se reporta una prevalencia de depresión en ellos del 14% lo cual es mayor que la de la población en general; y en este caso fueron más afectadas las mujeres que los hombres. También se determinaron como factores de riesgo ser casado, cursar el primer año de residencia, realizar guardias en terapia intensiva, ser ateo y tener antecedentes familiares de depresión. (10, 16)

En determinados momentos se pueden generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica. (7, 10) Mediante la realización de esta investigación, obtendremos información acerca de cómo funcionan las respuestas ante estrés y

situaciones que viven diariamente los médicos residentes, como se enfrentan a dichas situaciones, como logran resolverlas sin entrar en respuestas de ansiedad, o al contrario, que estrategias de afrontamiento y factores asociados se encuentran en médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados al tipo de afrontamiento que presentan los médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar en la UMF 20.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el tipo de afrontamiento que utilizan los médicos residentes de medicina familiar para la resolución de problemas.
- Determinar aspectos psicológicos de los médicos residentes como son: ansiedad, depresión, autoestima.
- Identificar aspectos biológicos como edad, sexo, presencia de enfermedades.
- Identificar aspectos sociolaborales: estado civil, grado de residencia, religión, síndrome de burnout.
- Asociar los factores psicológicos, biológicos y sociolaborales con el tipo de afrontamientos
- Conocer las propuestas de los residentes para mitigarlo y mejorar su satisfacción personal.

HIPÓTESIS:

Alternativa: Existen varios factores de riesgo asociados al tipo de afrontamiento que presentan los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 20.

Nula: No existen factores de riesgo asociados al tipo de afrontamiento que presentan los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 20.

MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

El estudio se realizó en médicos residentes de primer, segundo y tercer grado de la especialidad de medicina familiar que tenían como sede académica a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La UMF No.20 es en un centro de primer nivel de atención que contaba con 30 consultorios los cuales brindan servicios de consulta externa , odontología, enfermera materno infantil, prevenimss, medicina de trabajo, planificación familiar; nutrición, así como los servicios de laboratorio y rayos x, farmacia, curaciones y medicina preventiva.

La unidad labora de lunes a viernes en dos turnos: matutino y vespertino, con horario de 08:00 a 14:00hrs y de 14:00 a 20:00 hrs, diariamente otorga atención a todos los pacientes derechohabientes de la UMF No.20 y a los que no pertenezcan a esta unidad o no sean derechohabientes y acuden a solicitar algún servicio de planificación familiar y medicina preventiva.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Transversal analítico

GRUPOS DE ESTUDIO

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Esta investigación fue dirigida específicamente al grupo de médicos residentes de medicina familiar, de primer, segundo y tercer grado, sin

importar grupo etario. Que se encontraban cursando el ciclo escolar 2013-2014.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Médicos que se encontraban cursando actualmente la especialidad de medicina familiar, sea primer, segundo o tercer año de la especialidad. Y tuvieran como sede académica la UMF 20

CRITERIOS DE EXCLUSION Y O ELIMINACION

- Aquellos médicos residentes que no respondieran completamente el cuestionario.
- Aquellos médicos residentes que decidieron no participar en el estudio.
- Aquellos médicos residentes que se encontraban fuera de la sede por permiso o incapacidad.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Médicos residentes de primer, segundo y tercer año del curso de especialidad de medicina familiar de la UMF 20 que se encontraban dentro del ciclo académico 2012-2013 y que cumplían los criterios durante el mes de julio 2013, siendo un total de 53 médicos residentes.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

Dependiente: AFRONTAMIENTO

Independiente: FACTORES DE RIESGO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE
Afrontamiento (variable dependiente)	Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	Obtenida mediante la aplicación del inventario CSI: que valora las 8 estrategias de afrontamiento.	Resolución de problemas. Autocrítica. Expresión emocional. Pensamiento desiderativo. Apoyo social. Reestructuración cognitiva. Evitación de problemas. Retirada social.	Cualitativa nominal politomica
Factor de riesgo (variable independiente)	Presencia de una característica o circunstancia detectable de una persona o un grupo de personas que aumente la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido.	Se obtendrá mediante los instrumentos e interrogatorio directo de las siguientes variables:		De acuerdo a cada factor de riesgo que a continuación se mencionan.
a) Edad	Tiempo en años desde el nacimiento a la actualidad	Reportada por el médico residente	Años	Cuantitativa continua
b) Sexo	Distinción básica basada en el tipo de gametos producidos por el individuo o categoría en la que encajan según dicho criterio	Interrogatorio directo al médico residente	Masculino femenino	Nominal dicotómica
c) Grado de residencia	Número de años cursados de la especialidad	Interrogatorio directo al médico residente	Años: 1er año 2do año 3er año	Cualitativa ordinal
d) Estado civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Interrogatorio directo al médico residente	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cualitativa nominal politomica
e) Religión	El concepto de religión tiene su origen en el término latino <i>religiō</i> y se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses; de acuerdo a sus	Interrogatorio directo al médico residente	Católico Testigo Evangelista Cristiano otra:	Cualitativa nominal politomica

	creencias, la persona regirá su comportamiento según una cierta moral e incurrirá en determinados ritos (como el rezo, las procesiones, etc.).			
Enfermedad	Definida según la OMS como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.	Otorgada por el médico residente	Si No Y que enfermedad padece	Nominal, dicotómica y politómica
f) Síndrome de Burnout	Síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización en el trabajo, sobre todo en individuos que trabajan con otras personas. Evaluado con el instrumento MBI-HS, utilizado en diversos estudios.	Obtenida mediante la aplicación del inventario MBI que determina si hay o no Burnout.	Si No	Nominal, dicotómica
Ansiedad	Estado de inquietud o zozobra del ánimo. Trastorno psicológico asociado al síndrome de Burnout.	Medido con el instrumento de Holmes y Goldberg	Leve Moderada Severa	Cualitativa ordinal
Depresión	Estado psíquico de abatimiento. Trastorno psicológico asociado al síndrome de burnout.	Obtenida mediante la aplicación del inventario. Holmes y Goldberg	Leve Moderada Severa	Cualitativa ordinal
Autoestima	Juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta.	Obtenida a través de la aplicación del cuestionario de Coper Smith: que evalúa: nivel de autoestima, autoestima general, social, de mentira y del hogar.	Nivel de autoestima Autoestima general Autoestima del hogar Autoestima social Autoestima de mentira	Cualitativa nominal politómica

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal analítico con 53 residentes de especialidad médica adscritos durante el ciclo académico 2013-2014 en la UMF número 20, que se encuentra en la Avenida Vallejo 675 D.F Delegación Norte.

Se difundió la invitación a los médicos residentes de primer, segundo y tercer grado que cursan la especialidad de medicina familiar y tenían como

sede académica dicha unidad, se incluyó a todos los médicos residentes de todos los grados académicos de la especialidad de medicina familiar.

Además se aplicó una encuesta en donde se especifican los datos de identificación de los participantes en el estudio y se investigaron las variables sexo, edad, religión, estado civil, la presencia de enfermedad previa y escolaridad.

Se utilizaron el inventario de escalas de afrontamiento (CSI) que presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

La persona comenzó por describir detalladamente la situación estresante. Posteriormente, el sujeto contesta a 39 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem. Al final de la escala se contestó a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?: nada, algo, bastante, mucho, totalmente»). Las ocho escalas primarias son, brevemente: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas

asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo. (19, 24)(anexos)

Además se realizó la aplicación de los siguientes instrumentos:

1. MBI que evalúa la presencia de Síndrome de Burnout en su versión para trabajadores de la salud, validado en los estudios de ARENAS 2006, ARANDA2005, LOPEZ 2007 Y PEREZ 2006.
2. GOLDBERG para ansiedad y depresión.
3. Autoestima, COOPERSMITH para adultos.

Al finalizar, se verificó que las encuestas estuvieran terminadas y se dio las gracias por su participación.

ANALISIS ESTADISTICO.

El análisis de variables se realizó con estadística de frecuencias y proporciones; para el procesamiento de la información se utilizó el paquete computacional Statistical Package for Social Sciences (SPSS), presentándose en tablas y figuras.

Las formas en las que se describieron los datos fue mediante frecuencias y porcentajes. Utilizando como prueba estadística la de chi cuadrada para determinación de la asociación y significancia estadística.

RESULTADOS

De los 53 médicos residentes que participaron en el estudio, se encontró los siguientes datos en cuanto a las características generales, predominio del sexo femenino con una frecuencia de 35 (66%) sobre el masculino con una frecuencia de 18 (34%), la edad máxima fue en el rango de los 25 a 30 años de edad con una frecuencia de 35 (66%) con una mínima a los 41 o más años que reporto una frecuencia de 1 (1.9%).

En cuanto al estado civil el 67.9% (36) refirió ser soltero, el 22.6% (12) casados y solo el 9.4% (5) se encontraba en unión libre.

En el rubro de la religión la mayoría refirió ser católico 84.9% (45) y la minoría ser testigo/evangelista 1.9% (1). Grado académico la mayoría se encontraban en el tercer año de la especialidad 41.5% (22), seguidos por el primer año 30.2% (16) y finalizando con el segundo año académico 28.3% (15).

Refiriendo la presencia de enfermedad previa solo el 17% (9), encontrándose como diagnóstico más frecuente la presencia de asma 44.5% (4) y con un menor porcentaje otras como: gastritis crónica, hernia lumbar, hipertensión arterial, migraña, rinitis alérgica, ambas con 11.1 % (1). **Tabla 1.**

Tabla 1. Características generales de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características Generales	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SEXO	Femenino	35	66.0
	Masculino	18	34.0
EDAD	25-30	35	66.0
	31-35	14	26.4
	36-40	3	5.7
	41 o mas	1	1.9
ESTADO CIVIL	soltero	36	67.9
	casado	12	22.6
	unión libre	5	9.4
RELIGION	católico	45	84.9
	testigo	1	1.9
	evangelista	1	1.9
	cristiano	2	3.8
	otra	4	7.5
GRADO ACADEMICO	primer año	16	30.2
	segundo año	15	28.3
	tercer año	22	41.5
PRESENCIA DE ENFERMEDAD PREVIA	si	9	17.0
	no	44	83.0
TIPO DE ENFERMEDAD	*N=9		
	Asma	4	44.5
	Gastritis crónica	1	11.1
	Hernia Lumbar	1	11.1
	Hipertensión arterial	1	11.1
	Migraña	1	11.1
	Rinitis Alérgica	1	11.1

En cuanto a las características familiares se obtuvieron los siguientes datos: el rol familiar que con mayor frecuencia se presentó fue el de hijo 66% (35), seguido del rol de esposo(a) 15.1% (8), continuando con el rol de esposa y madre 7-5% (4) finalizando con menor frecuencia el rol de madre o padre y esposo-padre ambas con 5.7% (3), refiriendo la mayoría aportar económicamente a su hogar 88.7% (47).

En cuanto a la funcionalidad familiar la mayor frecuencia se encontró en normo-funcional 96.2% (51), presentándose sin riesgo de crisis el 45.3% (24), seguida de riesgo leve y moderado ambas con 20.8% (11) y solo una minoría con riesgo severo de crisis 13.2% (7).

El tipo de crisis que se mencionó con más frecuencia fue la enfermedad de un familiar 17% (9), seguida de exámenes 13.2% (7), cambio en las condiciones laborales, actividad laboral o finanzas familiares ambas con un 11.3% (6). **Tabla 2.**

Tabla 2. Características familiares de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características familiares	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ROL FAMILIAR	Hijo (a)	35	66.0
	madre o padre	3	5.7
	Esposo (a)	8	15.1
	esposa y madre	4	7.5
	esposo y padre	3	5.7
APORTA ECONOMICAMENTE	Si	47	88.7
	No	6	11.3
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	disfunción leve	2	3.8
	Normo-funcional	51	96.2
CRISIS FAMILIARES	sin riesgo	24	45.3
	riesgo leve	11	20.8
	riesgo moderado	11	20.8
	riesgo severo	7	13.2
TIPO DE CRISIS	cambio condiciones laborales	6	11.3
	cambio en actividad laboral	6	11.3
	cambio en finanzas familiares	6	11.3
	enfermedad de un familiar	9	17.0
	Exámenes	7	13.2
	Otros (cambio del lugar de trabajo, enfermedad personal, muerte de un familiar, no estar en reuniones familiares, peleas con colegas, etc)	19	36

En los resultados de las características psicológicas se encontró que la mayoría se encuentra sin ansiedad 62.3% (33) y un mínimo porcentaje con ansiedad 37.7% (20). En cuanto a la presencia de depresión se encontró sin ella al 81.1% (43) y con depresión al 18.9% (10), siendo positivos para burnout solo el 3.3% (2) y negativos el 96.2% (51). Encontrándose la mayoría con autoestima baja 79.2% (42) y sin autoestima baja solo el 20.8% (11). **Tabla 3.**

Tabla 3. Características psicológicas de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características psicológicas	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANSIEDAD	sin ansiedad	33	62.3
	con ansiedad	20	37.7
DEPRESION	sin depresión	43	81.1
	con depresión	10	18.9
BURNOUT	No	51	96.2
	Si	2	3.8
AUTOESTIMA BAJA	si	42	79.2
	no	11	20.8

En cuanto al nivel y estrategias de afrontamiento se encontró con manejo adecuado al 83% (44) y un manejo inadecuado en el 17% (9), siendo la estrategia de afrontamiento que con mayor frecuencia se presentó, la resolución de problemas con un 58.5% (31), seguida de reestructuración cognitiva 17% (9), pensamiento desiderativo 11.3% (6) y con menor frecuencia apoyo social y autocrítica ambas con 1.9% (1). Refiriendo su percepción del afrontamiento, la mayoría totalmente 67.9% (36) y la minoría bastante 3.8% (2). **Tabla 4.**

Tabla 4. Nivel y estrategias de afrontamiento de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Nivel y estrategias de afrontamiento	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MANEJO	Adecuado	44	83.0
	Inadecuado	9	17.0
ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	resolución de problemas	31	58.5
	reestructuración cognitiva	9	17.0
	apoyo social	1	1.9
	expresión emocional	3	5.7
	evitación del problema	2	3.8
	pensamiento desiderativo	6	11.3
	Autocritica	1	1.9
PERCEPCION DE AFRONTAMIENTO	en absoluto	3	5.7
	un poco	4	7.5
	Bastante	2	3.8
	Mucho	8	15.1
	Totalmente	36	67.9

Como propuestas de los médicos residentes para mejorar su nivel de afrontamiento, refirieron con mayor frecuencia la realización de ejercicio 28.3% (15), seguida de vacaciones 20.8% (11), pasar tiempo con la familia 7.5 % (4) y otras con menor frecuencia como son: leer, masajes, pasar tiempo con pareja y/ pacientes, vida sexual, organizar gastos económicos ambas con 1.9% (1). **Tabla 5.**

Tabla 5. Propuestas de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20 para mejorar su nivel de afrontamiento.

PROPUESTA DE MEJORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ajustar horarios de trabajo	1	1.9
Apoyo económico	3	5.7
Apoyo Laboral	1	1.9
Convivencia familiar	1	1.9
Dormir más	2	3.8
Ejercicio	15	28.3
Leer	1	1.9
Masajes	1	1.9
Mejorar la comunicación laboral	3	5.7
Orden en el trabajo	1	1.9
Organizar gastos económicos	1	1.9
Pasar tiempo con amigos	2	3.8
Pasar tiempo con la familia	4	7.5
Pasar tiempo con pacientes	1	1.9
Pasar tiempo con pareja	1	1.9
Relajación emocional	1	1.9
Servicio social en la ciudad	2	3.8
Vacaciones	11	20.8
Vida sexual	1	1.9

Se observó manejo adecuado del afrontamiento en el 61.4% (27) del sexo femenino y en él 38.6% (17) del sexo masculino rango de edad de los 25 a 30 años 63.6% (28), seguida del grupo de los 31 a 35 años 29.5% (13), 36 a 40 años 4.5% (2) y finalizando con el grupo de los 41 años y más 2.3% (1) siendo solteros 65.9% (29), seguidos de los casados 22.7% (10) y en unión libre 11.4% (5), de religión católica la mayoría 84.1% (37), siendo la mayoría del tercer año 47.7% (21) y seguidos por los de primer

año 25% (11) y aquellos que negaban la presencia de enfermedad previa 81.8% (36).

En cuanto a las características familiares se encontró con adecuado control aquellos que referían rol de hijo (a) 63.6% (28), así como a aquellos que referían aportar económicamente en su hogar 88.6% (39), encontrándose con familia normo-funcional la mayoría 95.5% (42) y sin riesgo de crisis 47.7% (21).

En cuanto a las características psicológicas y su relación con el nivel de afrontamiento, se observó que presentan manejo adecuado aquellos que se encuentran sin depresión 81.8% (8), sin presencia de burnout 81.1% (43), con autoestima baja 75% (33) y sin presencia de ansiedad 63.6% (28). Por último en la relación de nivel de afrontamiento con estrategias de afrontamiento se obtuvo con manejo adecuado a aquellos médicos residentes que utilizaron con mayor frecuencia la evitación del problema 100% (2), seguida de pensamiento desiderativo 66.7% (4) y la resolución de problemas 63.6% (28), percibiendo aquellos con nivel adecuado su afrontamiento como totalmente 70.5% (31). **Tabla 6, 7, 8 y 9.**

Encontrándose con manejo inadecuado al sexo femenino 88.9% (8) del grupo de edad de 31 a los 40 años 11.1% (1), siendo de estado civil soltero 77.8% (7) religión católica 88.9% (8) y del primer año académico 55.6% (5), sin presencia de enfermedad previa 88.9% (8).

Encontrándose las siguientes características familiares en aquellos médicos residentes con inadecuado nivel de afrontamiento, rol de hijo(a) 77.8% (7), del cual la mayoría aporta económicamente 88.9% (8) y se encuentran con familia normo-funcional 100% (9) sin riesgo de crisis en un 33.3% (3). Con inadecuado nivel aquellos sin depresión 77.8% (7), así

como presencia de burnout 1.9% (1), sin autoestima baja 100% (9) y con presencia de ansiedad 44.4% (4). Observándose el uso de la estrategia de resolución de problemas 33.3% (3), con una percepción totalmente de su nivel de afrontamiento 55.6% (31). **Tabla 6, 7, 8 y 9.**

Tabla 6. Nivel de afrontamiento y características generales de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características generales	NIVEL DE AFRONTAMIENTO				*p
	ADECUADO		INADECUADO		
	%	N	%	N	
Sexo: femenino	27	61.4	8	88.9	.114
Masculino	17	38.6	1	11.1	
Edad: 25-30	28	63.6	7	77.8	.581
31-35	13	29.5	1	11.1	
36-40	2	4.5	1	11.1	
41 o mas	1	2.3	0	0.0	
Estado civil: soltero	29	65.9	7	77.8	.555
casado	10	22.7	2	22.2	
unión libre	5	11.4	0	0.0	
Religión: católico	37	84.1	8	88.9	.907
testigo	1	2.3	0	0.0	
evangelista	1	2.3	0	0.0	
cristiano	2	4.5	0	0.0	
otra	3	6.8	1	11.1	
Grado académico: primer año	11	25	5	55.6	.090
segundo año	12	27.3	3	33.3	
tercer año	21	47.7	1	11.1	
Enfermedad previa: si	8	18.2	1	11.1	.607
No	36	81.8	8	88.9	

Tabla 7. Nivel de afrontamiento y características familiares de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características familiares	NIVEL DE AFRONTAMIENTO				*P
	ADECUADO		INADECUADO		
	N	%	N	%	
Rol: Hijo (a)	28	63.6	7	77.8	.782
madre o padre	3	6.8	0	0.0	
Esposo (a)	7	15.9	1	11.1	
esposa y mama	3	6.8	1	11.1	
esposo y padre	3	6.8	0	0.0	
Aporta económicamente:					.983
Si	39	88.6	8	88.9	
No	5	11.4	1	11.1	
Funcionalidad familiar:					.514
disfunción leve	2	4.5	0	0.0	
Normo-funcional	42	95.5	9	100.0	
Crisis familiar:					.749
sin riesgo	21	47.7	3	33.3	
riesgo leve	9	20.5	2	22.2	
riesgo moderado	8	18.2	3	33.3	
riesgo severo	6	13.6	1	11.1	

Tabla 8. Nivel de afrontamiento y características psicológicas de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

Características psicológicas	NIVEL DE AFRONTAMIENTO				*P
	ADECUADO		INADECUADO		
	N	%	N	%	
depresión: con depresión	8	18.2	2	22.2	.778
sin depresión	36	81.8	7	77.8	
burnout: no	43	81.1	8	15.1	.313
si	1	1.9	1	1.9	
Autoestima baja: si	33	75	0	0.0	.092
no	11	25	9	100.0	
ansiedad: con ansiedad	16	36.4	4	44.4	.649
sin ansiedad	28	63.6	5	55.6	

Tabla 9. Nivel de afrontamiento y estrategias de afrontamiento de los médicos residentes de medicina familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 20

	NIVEL DE AFRONTAMIENTO				*P
	ADECUADO		INADECUADO		
	N	%	N	%	
ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: resolución de problemas	28	63.6	3	33.3	.039
reestructuración cognitiva	8	18.2	1	11.1	
apoyo social	0	0.0	1	11.1	
expresión emocional	1	33.3	2	22.2	
evitación del problema	2	100.0	0	0.0	
pensamiento desiderativo	4	66.7	2	22.2	
Autocritica	1	2.3	0	0.0	
PERCEPCION DE AFRONTAMIENTO: en absoluto	2	4.5	1	11.1	.015
un poco	3	6.8	1	11.1	
Bastante	0	0.0	2	22.2	
Mucho	8	18.2	0	0.0	
Totalmente	31	70.5	5	55.6	

DISCUSION

En el presente estudio se observó que más del 80% de los médicos residentes tienen un adecuado afrontamiento con mayor significancia en la aplicación de la estrategia de resolución de problemas. Sin asociación de factores psicológicos y familiares.

En estudios realizados en otros países, con médicos residentes de cirugía general, se encontró que ellos tienden a utilizar estrategias inadecuadas hasta en 32.7%, principalmente los más jóvenes o los que cursaban el primer año de la especialidad. ⁽³⁷⁾ a diferencia de este estudio donde se encontró estrategias adecuadas en más del ochenta por ciento, siendo más del cuarenta por ciento del tercer grado académico. Encontrándose como estrategia más utilizada la de pensamiento desiderativo en el 85.7% de médicos residentes de la especialidad de medicina interna ⁽³⁹⁾ en comparación con más del cincuenta por ciento que se observó que los médicos de medicina familiar utilizan la estrategia de resolución de problemas esto se debe a que en comparación con otras especialidades el médico de primer contacto requiere ser resolutivo lo más pronto posible para dar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se encontró similitud en cuanto a la funcionalidad familiar, ya que en el estudio realizado por Bello en 2005 en residentes de pediatría se encontró que más del setenta por ciento de los médicos residentes tiene una familia normofuncional, ⁽³⁷⁾ cifra similar a la encontrada en este estudio, donde más del noventa por ciento de residentes se encuentra con familia normofuncional.

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de síntomas depresivos fue del diecinueve por ciento, cifra mucho mayor que la

encontrada en 2005 por Belló y colaboradores en población de residentes de pediatría mexicanos (4.5%).⁽³⁶⁾ Estos resultados podrían explicarse por el uso de diferentes instrumentos de medición, y las medidas que se han tomado para detectar y tratar en forma temprana los síntomas depresivos entre los residentes. Los residentes de primero y segundo grado fueron quienes presentaron síntomas depresivos y ansiosos en mayor proporción, seguidos por los residentes de tercer año. Estos hechos pueden estar dados porque los residentes de primer grado tienen una gran incertidumbre respecto a su profesión al ser novatos en este periodo formativo, pero ya con inicio en las responsabilidades diagnósticas y terapéuticas de los pacientes. Los de segundo grado estarían ansiosos y deprimidos por ser el grado académico de menor jerarquía en la pirámide del hospital, con gran carga académico-asistencial. Por último, los residentes de tercer grado, próximos a egresar de su especialidad, tienen la incertidumbre de su futuro laboral y académico, además de la presión de los exámenes de certificación, egreso y selección.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, y sus efectos traen consigo un desgaste físico y emocional. El comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud. En nuestra población de estudio estas alteraciones pueden favorecer la presencia de errores en el manejo y evaluación de los pacientes, impactando negativamente al mismo tiempo en la relación médico paciente. Hay pocos estudios que describan prevalencia de este tipo de enfermedades.

En 2005, Virgen-Montelongo y colaboradores reportaron que 14.8% de la población en México padece algún trastorno de ansiedad;⁽³⁶⁾ y Malagón-Calderón y González-Cabello reportaron una frecuencia de 47%.⁽³⁷⁾ En esta población se identificó una frecuencia de síntomas de ansiedad en 37.7%. Sin embargo, la mayor proporción de residentes estuvieron clasificados en riesgo de crisis leve 20.8%, moderada 20.8% y severa 13.2%. Estos datos deben alentarnos a encontrar soluciones al problema, ya que una tercera parte de nuestros residentes presentaron niveles de ansiedad, lo que necesariamente influye en su rendimiento académico y desempeño laboral.

A pesar de que los médicos residentes se enfrentan diariamente a diferentes situaciones estresantes solo se encontró que menos del cuatro por ciento de ellos presentó síndrome de Burnout a diferencia de un estudio realizado en 150 psicólogos mexicanos en el 2007 donde se encontró que 42 de ellos presentaron Síndrome de Burnout, lo que representa un 28% de la muestra total.⁽³⁸⁾ Refiriendo como propuesta para mejorar sus estrategias de afrontamiento la realización de ejercicio y los periodos vacacionales.

CONCLUSIONES

Se encontró predominio del sexo femenino, con una edad máxima en el rango de los 25 a 30 años de edad, refiriendo la mayoría encontrarse solteros, de religión católica. En cuanto al Grado académico la mayoría de los médicos se encontraban en el tercer año de la especialidad. Refiriendo la presencia de enfermedad previa una minoría con diagnóstico más frecuente la presencia de asma.

El rol familiar que con mayor frecuencia se presentó fue el de hijo, la mayoría refirió aportar económicamente a su hogar. La mayoría con familia normo-funcional, presentándose con riesgo leve y moderado de crisis. Mencionando como tipo de crisis más frecuente la enfermedad de un familiar.

Casi el cuarenta por ciento de los médicos residentes se encontró con ansiedad y con depresión sólo el diecinueve por ciento, siendo positivos para Burnout solo una minoría. Encontrándose la mayoría de los médicos residentes con autoestima baja.

Encontrándose con manejo adecuado del afrontamiento más del ochenta por ciento utilizando con mayor frecuencia la estrategia de resolución de problemas. Proponiendo la realización de ejercicio para mejora del afrontamiento.

Se encontró que los médicos residentes con manejo inadecuado del afrontamiento son de sexo femenino, dentro del grupo de edad de 31 a 40 años, la mayoría con estado civil soltero, de religión católica y que se encontraban cursando el primer grado de la especialidad, sin referir enfermedad previa la mayoría, con familia normo funcional, sin presencia de depresión, ni autoestima baja; con presencia de ansiedad en más del

cuarenta por ciento, observándose frecuentemente como estrategia de afrontamiento la resolución de problemas.

En el presente trabajo se muestran diversas estrategias de afrontamiento ante el estrés en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar. Con esta información se pretende la difusión de las estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en médicos residentes, debido a las características de su actividad, se enfrentan cotidianamente a múltiples situaciones estresantes que demandan en ellos una acción rápida y eficaz, que propicie el menor riesgo para el paciente, familiares y equipo multidisciplinario con el cual trabajan. Por lo que se recomienda que los médicos residentes que laboran en el ámbito hospitalario disminuyan sus niveles de ansiedad y depresión, mediante la mejora en la utilización de sus estrategias de afrontamiento. Aplicando lo anterior, se pueden evitar consecuencias negativas en su lugar de trabajo, disminuyendo el ausentismo, incapacidades, conflictos laborales, problemas de salud, tales como, gastritis, úlceras, migraña y padecimientos crónico- degenerativos a largo plazo, además de costos económicamente, con repercusiones sociales y familiares.

RECOMENDACIONES

Se recomienda profundizar en las estrategias de afrontamiento que utilizan los médicos residentes durante su formación, ya que los datos obtenidos en este estudio mostraron que no existe influencia de los factores externos sobre el manejo adecuado del problema y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Por lo que es importante fortalecer el uso de estrategias de afrontamiento ya que el personal médico se desarrolla en un ámbito de constante estrés laboral, debido a las características de su actividad, buscando así evitar consecuencias negativas como son problemas de salud o bien repercusiones a nivel económico, social y laboral. Logrando así mejorar y aumentar el bienestar de esta población.

REFERENCIAS

1. Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-283.
2. Everly, G.S. *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services. (1979); 4-6, 19-25.
3. Folkman, S. y Lazarus, R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 1985; 47, 150-170.
4. Lazarus, R.S. y Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Martínez Roca) (1986); 109-124.
5. Hernández Hernández, P: *Los moldes de la mente. Más allá de la inteligencia*. La Laguna: Tafor Publicaciones. (2002); 204 – 212.
6. Lazarus, R. y Folkman, S: *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. (1986); 45, 188-200.
7. Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med* 1991; 66, 687- 693.
8. Martínez LP, Medina MME, Rivera E. Adicciones, depresión y stress en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*; 2005; 5: 191-197.

9. Thomas NK. Resident burnout. JAMA 2004; 292-298.
10. Consejo ChC. Ética y poder: formación de residentes e internos. Rev Med IMSS; 2005; 1:1-3.
11. Belloch Garcia, SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. An Med Interna (2000); 17: 118-122.
12. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal professional and organizational relationships no medical care. Journal of Occupational Health Psychology (1994); 32: 745-754.
13. Quijano PF, Fernández AME. Apuntes sobre la historia de las especialidades en México. Rev Méd IMSS (1994); 32: 391- 394.
14. Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press. (1982); 204- 220.
15. Meichenbaum, D. y Turk, D. Stress, coping, and disease. En R.W. Neufeld (Ed.), Psychological Stress and Psychopathology. New York: McGraw-Hill. Traducción, Barcelona: Toray. (1984); 129- 134.
16. Endler, N.S. y Parker, J.D. Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. Stress Medicine, (1990); 3: 243 248.
17. Fernández-Abascal, E.G. Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide. (1997) 107-115.

18. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ* (2002); 1: 66-72.
19. Sánchez-Cánovas J. Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En: Buena-Casal G, Caballo VE, editors. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI, (1991); 205-217.
20. Climent, E. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*, E.U.A. Organización Panamericana de la Salud. (1999); 111-121.
21. Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S, Pastor MA. Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Rev Psicología y Salud* (1992); 4: 59-84.
22. Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Zarccone VP. The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academia Médica* (2002); 77: 1019-1025.
23. Pérez V. Depresión en adolescentes. Relación con el desempeño académico. (2002); 303- 317.
24. J. Cano García, et al. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento 53 *Actas Españolas Psiquiatría* (2007); 1: 29-39.
25. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care* (2003); 12: 221-223.

26. Everly, G.S. A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. Nueva York: Plenum Press. (1989); 202- 224.
27. Feuerstein, M., Labbe, E. y Kuczmierczyk, A. Health Psychology: A Psychobiological Perspective. New York: Plenum Press. (1986); 307- 341.
28. Girdano, D. y Everly, G.S. Controlling stress and tension. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (1986); 209- 232.
29. Hart, K.E. Association of Type A behavior and its components to ways of coping with stress. Journal of Psychosomatic Research, (1988); 32: 213-219.
30. Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. Personality and Individual Differences, (1993); 15: 619-626.
31. Cordes C, Dougherty T. A review and an integration of research in job burnout. Academy Management Review (1993); 15: 621-656.
32. Shanafelt T, Bradley K. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. An Intern Med (2002); 136: 358-367.
33. Garza JA, Schneider KM, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: a statewide study. South Med J (2004); 97: 1171-1183.
34. Aymat RA, Bazán J, Cerisola MG, Heredia V y col. El sistema de residencias visto por el residente. Arch Med Familiar y Gral (2006); 2:22-27.

35. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del Cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis Modificado de Conducta* (1997); 23: 797-830.
36. Sepúlveda Vildósola A.C, Romero Guerra A. L, Jaramillo Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* Vol. 69 (2012), 347-354.
37. Cruz V. B, Austria Corrales F, Herrera Kiengelher L y col. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout o de "desgaste profesional" en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax* (2010) 137-142.
38. Meda Lara R. M, Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A y col. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud* (2008) 107-116.
39. Castaño E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Inter J Psychol Psychol Ther* (2010) 245-257.
40. Manrique S. C, Vidal M. A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Rev Psiquiatr Salud Mental HV* (2006) 33-39.

Anexos

De nuevo piense unos minutos en la situación que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda: **0: en absoluto, 1: un poco, 2: bastante, 3: mucho, 4: totalmente**

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1 luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2 me culpe a mí mismo	0	1	2	3	4
3 deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4 deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5 escuché a alguien que escucho mi problema	0	1	2	3	4
6 repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7 no dejé que me afectara, evite pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8 pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9 me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10 me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproche	0	1	2	3	4
11 expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12 deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13 hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14 cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15 traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16 evite estar con gente	0	1	2	3	4
17 hice frente al problema	0	1	2	3	4
18 me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19 analicé mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20 deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21 dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22 me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23 quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24 oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25 supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con mas impetu hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26 me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27 dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28 deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29 pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30 me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31 me comporte como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32 no deje que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33 mantuve mis postura y luce por lo que quería	0	1	2	3	4
34 fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35 mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36 me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37 pedí consejo a un amigo o a un familiar que respeto	0	1	2	3	4
38 me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39 evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40 traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me considere capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

	El presente cuestionario es para conocer su grado de agotamiento laboral, marque con una cruz la casilla que indique lo que usted piensa sobre cada pregunta	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con							

	la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

Cuestionario GOLDBERG para ansiedad, A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS		PUNTOS
	(Puntos)		
	Si (1)	No (0)	
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?			
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?			
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse			
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)			
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?			
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?			
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)			
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?			
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?			
Puntuación Total			

A continuación se presenta la sub escala de depresión.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS		PUNTOS
	Si (1)	No (0)	
¿Se ha sentido con poca energía?			
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?			
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?			
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?			

Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	PUNTUACIÓN TOTAL	

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH. VERSION PARA ADULTOS

1.	Generalmente los problemas me afectan muy poco	Si	No
2.	Me cuesta mucho hablar en público	Si	No
3.	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	Si	No
4.	Pudo tomar una decisión fácilmente	Si	No
5.	Soy una persona simpática	Si	No
6.	En mi casa me enoja fácilmente	Si	No
7.	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	Si	No
8.	Soy popular entre las personas de mi edad	Si	No
9.	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	Si	No
10.	Me doy por vencido (a) muy fácilmente	Si	No
11.	Mi familia espera demasiado de mí	Si	No
12.	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	Si	No
13.	Mi vida es muy complicada	Si	No
14.	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	Si	No
15.	Tengo mala opinión de mí mismo (a)	Si	No
16.	Muchas veces me gustaría irme de mi casa	Si	No
17.	Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	Si	No
18.	Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente	Si	No
19.	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	Si	No
20.	Mi familia me comprende	Si	No
21.	Los demás son mejor aceptados que yo	Si	No
22.	Siento que mi familia me presiona	Si	No
23.	Con frecuencia me desanimo en lo que hago	Si	No
24.	Muchas veces me gustaría ser otra persona	Si	No
25.	Se puede confiar muy poco en mí	Si	No

Por ultimo nos gustaría saber qué propondría usted para mitigar su estrés y ansiedad, así como mejorar su satisfacción personal:

Gracias por su colaboración.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Distrito Federal, a ____ del mes septiembre del 2012
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	“Estrategias de afrontamiento y factores asociados en médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar en la UMF 20”
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

- **El objetivo del estudio es:** Determinar el nivel de afrontamiento y factores asociados en médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar en la UMF 20

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares y de factores de afrontamiento en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar los mecanismos de afrontamiento, así como los factores asociados que se encuentran en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

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

	NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA