



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Estrés y Sexualidad en la Vida Personal y Profesional
de Médicos Residentes: Conocimientos y Experiencias”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Alexis Boyzo Serrano

Directora: Dra. Diana Isela Córdoba Basulto

Dictaminadores: Lic. Pablo Morales Morales
Lic. Verónica Estela Flores Huerta



Los Reyes Iztacala, Edo de México, febrero 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindar los espacios, recursos, tiempo y personas para generar, enriquecer, profesar y sobre todo aplicar el conocimiento adquirido en sus instalaciones; por brindarme un sentido de pertenencia y crecimiento espiritual, y por mostrarme el camino de la investigación y la aplicación del conocimiento como forma de retribución a la ciencia, el arte y el mundo.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por proporcionar los recursos necesarios para el adecuado desarrollo del aprendizaje, incitar a la generación y aplicación del conocimiento para el bienestar común, haber generado las variables necesarias para encontrar un conglomerado de emociones y pensamientos hacia mi carrera a lo largo de toda mi trayectoria académica, y principalmente por brindarme a las personas necesarias para compartir mis éxitos y espacios de oportunidad.

Al Dr. Ricardo Juárez Ocaña, junto con la Coordinación de Enseñanza y al Hospital sede del presente proyecto, por facilitar los recursos y los medios para la realización del presente proyecto de investigación, así como el apoyo incondicional y la colaboración durante todo su desarrollo.

A los médicos residentes, que brindaron con toda calidez parte de su tiempo y su entera disposición para llevar a cabo este proyecto, asegurando que su participación da el arranque para futuros proyectos para su salud física y psicológica.

A Jessica Sevilla, por el apoyo y la colaboración durante la ejecución del proyecto dentro de la Institución.

Principalmente, a la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto, por el apoyo incondicional, la orientación necesaria para llevar a cabo el presente proyecto de la mejor manera, compartir su tiempo, experiencia y conocimientos para el desarrollo de mi persona y profesión; y por generar en él un ambiente de afecto y cordialidad en todo momento.

DEDICATORIA

A mi madre; por ser no sólo la raíz, sino el respaldo, el motivo y la calidez de mi pasaje por la vida. Por toda la lucha, el desgaste y el amor desbordado desde mis primeros vestigios memoriales, hasta la actualidad y por siempre.

A mi padre; proveedor emocional, de seguridad, afecto y libertad hacia mis decisiones. Por la elección de formar parte de mí, y de instruir mi camino sin factura ni devolución.

Hermanos; por el amor y la dicha de ser su impulso, sin dejar de ser su igual. Por enseñarme y hacerme participe de la mejor convivencia, libre y sin defensa; porque parte de madurar, es no hacerlo.

Abuela; principal soporte familiar, por modelar el carácter, fortaleza, fraternidad y afecto por el otro. Por ser quien a la actualidad me proporciona lo necesario para luchar y principalmente aportar en esta estancia de vida.

Jessica, por acompañarme no sólo en lo profesional, sino en lo personal y emocional, por estar en los peores, moderados y mejores momentos de este proceso. Gracias por la oportunidad de experimentar aquello de lo que todos hablan, lo que nunca quise y ahora no quiero dejar.

Dra. Diana; no sólo por el trabajo y la dedicación al mismo; sino por la paciencia, el acompañamiento, el respeto y el afecto; por ser menester en el camino del conocimiento y el gusto por compartirlo; por abrir caminos y permanecer en ellos.

Amigo Rubén; porque la hermandad se genera en cualquier momento de la vida. Porque la tuya nació aquí y continúa creciendo en cada experiencia compartida conmigo.

A todos mis amigos y compañeros, por quienes gocé y sufrí la esencia de mi carrera, trascendiendo a los mejores y más borrosos momentos durante el proceso: Rubén, Jessica, Vianey, Eduardo, Karen, Juan, Dana, Óscar.

RESUMEN

Introducción: La presente investigación centra su atención en la relación existente entre el estrés y la sexualidad, en este caso, dentro del ámbito médico; siendo una población ampliamente estudiada en cuanto a factores relacionados con el estrés, pero poco abordada sobre su relación con la sexualidad de los médicos, específicamente Residentes **Objetivo:** Identificar y analizar los conocimientos sobre estrés y sexualidad de Médicos Residentes, así como sus experiencias en la vida personal y profesional. **Metodología:** Tipo de estudio cuantitativo y cualitativo, llevado a cabo en un Hospital de alta especialidad en la Ciudad de México. Se llevaron a cabo grupos focales y entrevistas semiestructuradas, en donde participaron voluntariamente 18 Médicos Residentes de entre 27 y 32 años; aplicando en cada caso dos escalas validadas para medir el nivel de estrés (Test de Estrés Laboral y Test de Vulnerabilidad al Estrés), así como una guía temática para conducir las sesiones. **Resultados:** De acuerdo con las escalas administradas, los Médicos Residentes se encuentran en un nivel de estrés “leve”, para el Test de Estrés Laboral y “vulnerables” para el Test de Vulnerabilidad al Estrés. Además, se identificó que las principales fuentes de estrés generadas en el quehacer profesional son la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para realizar otras actividades, la falta de horas para dormir, inadecuados hábitos alimentarios y la mala relación con los compañeros, ya sean de mayor o menor jerarquía; los significados que tienen sobre sexualidad no se remiten a la dimensión biológica, sino que hacen uso del modelo biopsicosocial para su definición; las principales repercusiones por estrés son el alejamiento de relaciones interpersonales, distanciamiento con la pareja y decremento en el deseo sexual; finalmente, dentro la sexualidad, el riesgo por un embarazo no deseado y por contraer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual predominan como estresores. **Discusión y conclusiones:** La literatura tiene concordancia con algunos de los resultados obtenidos en la presente investigación, sin embargo, las principales diferencias radican en el grado de conocimiento que tienen sobre sexualidad. Se sugieren generar espacios de atención a la población médica, generar un trabajo en conjunto con los psicólogos de la salud para atender oportunamente sus inquietudes y problemáticas y reestructurar las condiciones laborales para generar un bienestar tanto laboral como personal.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	26
3. METODOLOGÍA	27
4. RESULTADOS	31
4.1. Resultados obtenidos en el Test de Estrés Laboral y el Test de Vulnerabilidad al Estrés	31
4.2. Estrés	38
4.2.1. Experiencias estresantes en la Actividad Profesional	38
4.2.2. Relaciones con el personal hospitalario	43
4.2.3. Repercusiones en la vida personal por estrés	47
4.2.4. Formas de afrontar el estrés	52
4.2.5. Repercusiones por estrés en las relaciones de pareja	54
4.3. Sexualidad	59
4.3.1. Significados de sexualidad	59
4.3.2. Punto de vista médico de la sexualidad	62
4.4. Estrés y sexualidad	64
4.4.1. Repercusiones del estrés laboral en la vida sexual	64
4.4.2. Estrés generado por situaciones en la vida sexual	68
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	71
6. CONCLUSIONES	78
7. PROPUESTAS	82
8. BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	88

1. INTRODUCCIÓN

La formación dentro de la Carrera de Medicina y las Especialidades Médicas, exigen a quienes se forman, tener una verdadera vocación por esta profesión. Durante su formación los Médicos que deciden hacer una especialidad después de haber egresado como Médicos Generales de alguna Universidad, necesitan competir para lograr el ingreso a una determinada Residencia Médica para continuar con su formación profesional.

La formación como Médico Residente en las diferentes especialidades que la misma profesión ofrece, es por una parte una gran oportunidad para continuar en un proceso de formación académica y de un futuro laboral que permitirá a obtener mejores oportunidades laborales y económicas, pero por otra parte, también viene a ser la continuidad a la exposición al estrés que caracteriza a la educación dentro de la Carrera de Medicina y el gremio Médico y el personal de salud.

La realización de una Residencia Médica por lo tanto, puede implicar nuevamente la renuncia o posposición de diversas actividades relacionadas con aspectos personales como tener una pareja estable, formar una familia, o la simple convivencia con la pareja, la diversión, convivencia familiar, horas de sueño y descanso, todo esto principalmente por dedicar y dirigir los esfuerzos hacia el cuidado y atención de pacientes, intervenciones quirúrgicas, o la búsqueda de alternativas para la solución de problemas relacionados con patologías de cada especialidad, así como la dedicación de tiempo para el estudio y revisión bibliográfica, o de casos particulares. Por todo esto y más, es de suponer que el tema del estrés en los Residentes Médicos está presente tanto dentro del ámbito hospitalario como en su vida personal.

De acuerdo con algunos estudios, por lo general los profesionales de la salud se encuentran bajo presiones laborales que los llevan a presentar altos índices de estrés. García y Gil (2016) indican que algunas de las consecuencias del estrés en las profesiones sanitarias o de la salud pueden ser graves, si se toma en cuenta que el personal de salud debe interactuar con pacientes y familiares que por lo general demandan y exigen atención

en donde el actuar del Médico queda expuesto a juicios públicos. Por otro lado, es un tipo de personal que convive a diario con altas exigencias en su labor para salvar o mantener la vida de un paciente y lidiar con la muerte.

En otro estudio, Aguado, Batíz y Quintana (2013) realizaron una revisión bibliográfica sobre el estado actual del estrés en el personal sanitario hospitalario, encontrando que en la mayoría de los estudios existe un elevado nivel de estrés, y más aún cuando el trabajo se desempeña en áreas donde la responsabilidad y las situaciones de emergencia son frecuentes; así mismo, sugieren realizar un análisis exhaustivo en los ambientes laborales estresantes del personal hospitalario. Así pues, se resalta la importancia de identificar de qué manera los profesionales de la salud toman en cuenta y procuran su salud.

Al respecto, Escribá-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002), establecen que los profesionales de la medicina constituyen uno de los colectivos especialmente perjudicados debido a factores de riesgo psicosocial; situación que puede afectar a la propia calidad de vida del médico, así como su desempeño laboral. En otras palabras, el médico se encuentra expuesto tanto a las demandas laborales como a las sociales, dejando de lado su salud física y emocional.

De la misma forma, es importante el énfasis en la falta de tiempo para los cuidados personales, es decir, el descanso, la alimentación y la recreación se alteran de manera negativa, de tal forma que propician la dificultad para afrontar o sobrellevar el estrés del trabajo adecuadamente. Es así que Barraza, Romero, Iores, Pérez, Piña y Romero (2009) mencionan que dentro del ambiente hospitalario “la salud mental requiere especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados” (p. 36). Dicho de otra manera, el horario laboral, las condiciones de infraestructura, el contacto con pacientes enfermos, la demanda de población de los mismos, etc., impiden que el médico atienda de manera adecuada su bienestar físico, psicológico y social.

Hay que mencionar, además, que la formación académica para el cuidado de la salud demanda particular atención por parte del personal. Así pues, De Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge (2001, citado en García y Gil, 2016) encontraron que el mayor nivel de estrés se encuentra en los estudiantes de medicina, a causa de la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir sus tareas y la ansiedad por las pruebas académicas.

Las oportunidades para los Médicos para su inserción en los Hospitales e Instituciones Sanitarias ya no son como hace algunas décadas, por el contrario, cada vez resulta más necesaria la especialización y subespecialización para competir en el mercado laboral. De ahí la realización de una Residencia Médica, sea definida como el resultado de “la necesidad e interés de un Médico General por ampliar su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y valores sobre una especialidad médica” (Rodríguez & Ramírez, 2016).

Algunos estudios como los de Luthy, Perrier, Perrin, Cedraschi y Allaz (2004) y Prieto, López y Jiménez (2009) han reportado que los Médicos Residentes, principalmente los de primer año, presentan altos niveles de estrés asociados a sobrecarga laboral, falta de conocimientos, malas relaciones interpersonales, falta de expresión emocional y la complejidad de reflejar el papel de médico cuando sus habilidades cognitivas no son suficientes para hacer frente a sus problemas personales y sociales, presentando así estados de ánimo negativo. Es así que los niveles de estrés en los profesionales de la salud están presentes además en las expectativas que tienen en cuanto a su crecimiento profesional y ausencia de interés en el personal.

Haciendo una breve revisión acerca de qué es el estrés:

Acerca del término “estrés”, vale mencionar que es ampliamente utilizado, no sólo dentro de la literatura científica sino también como parte del lenguaje cotidiano, situación que ha derivado en confusiones y errores en el empleo del mismo.

Si bien existen variaciones en cuanto a la etimología exacta de la palabra, no difieren de manera polarizada hacia su significado. Robinson (2018), señala que la palabra estrés se deriva del latín *strictus*, que significa “apretar fuerte u oprimir”. Y Gómez y Escobar (2002) mencionan que el término proviene de dos derivaciones: la primera, del latín *stringere*, refiriendo a oprimir, apretar o atar; y la segunda, del vocablo inglés *strain*, que se refiere a la tensión excesiva de características fisiológicas de una respuesta corporal.

Uno de los pioneros en utilizar el término estrés fue Hans Selye, quien lo retoma de la física hacia la medicina, para hacer referencia a “un conjunto de respuestas fisiológicas fundamentalmente hormonales (...) como reacción a estímulos inespecíficos (estresores)” (Sandín, 2003, p. 143); en otras palabras, es una respuesta corporal que se genera en un organismo ante cualquier estímulo externo que suponga una amenaza para su equilibrio. En este sentido, se pueden diferenciar dos términos: *strain*, que permite identificar los cambios corporales producidos por una fuerza externa; y *stress*, que hace referencia a la fuerza en sí (Crespo & Labrador, 2003). De esta forma, el estrés, tomado de otra disciplina, tiene sus inicios como un modelo médico que supone cambios a nivel fisiológico.

Gil-Monte (2005, citado en Hernández, 2012) señala que existe una confusión con respecto a la definición, ya que puede hacer alusión al suceso, a la percepción sobre este, o a la respuesta psicológica y fisiológica como consecuencia de dicho suceso.

Desde el campo de la psicología se ha estudiado ampliamente el tema del estrés, por ejemplo, García (2011) define el estrés como: “un estado afectivo persistente, que puede durar días o años, de características desagradables que se acompaña de síntomas fisiológicos y psíquicos (...) Es una respuesta a situaciones ya sean amenazantes para la supervivencia del sujeto, su integridad moral, sostén de su autoestima y autoconcepto; muy novedosas o rápidamente cambiantes; o bien cuyos niveles de demanda y exigencia están muy por encima de los recursos y las capacidades de respuesta y adaptación del sujeto.” (p. 134)

Otro aspecto importante de mencionar es el conocido como estrés psicológico, que para Lazarus y Folkman (1991) y Kaminoff y Proshansky (1982, citado en Hernández, 2012) consiste en la evaluación cognoscitiva que promueve respuestas de tipo conductual, emocional, cognoscitivas, fisiológicas y actitudinales ante las demandas del ambiente que son interpretadas como amenazantes.

Como se puede observar existen diferentes aproximaciones para definir lo que es el estrés, pero en lo que concuerdan los autores es hacer alusión a los elementos que lo constituyen, es decir, estímulos (el medio) y respuestas (del organismo).

Una definición más es la propuesta por Lazarus (1999, citado en Gómez, 2012) quien menciona que el estrés es “una transacción particular entre situaciones con ciertas características, en las cuales algo muy relevante para el organismo está en juego; a su vez, aquel valora y afronta esta situación de determinadas maneras” (p. 278).

Ahora bien en cuanto a las características del estrés, es posible identificar algunas de sus manifestaciones fisiológicas y/o psicológicas. Así, Lazarus y Lazarus (2000) identifican y distinguen el estrés fisiológico y el estrés psicológico:

El primero, se produce cuando se somete al cuerpo a demandas de esfuerzo físico, que se manifiestan en cambios orgánicos manifestados como el aumento del ritmo cardíaco, la elevación de la presión sanguínea, fatiga, y sudoración.

Y en cuanto al segundo, concidimos con los mismos autores quienes señalan que, las mismas respuestas fisiológicas en el organismo se pueden producir por alteraciones de índole psicológica, como el sentirse enojado, asustado, frustrado, impaciente, desesperado, ante determinada situación. Es decir, desde nuestro punto de vista que se relaciona principalmente con aspectos emocionales.

Continuando con Lazarus y Lazarus (2000), distinguen a su vez tres tipos de estrés psicológico que pueden implicar: daño, amenaza o desafío. Ellos a su vez definen cada

término de la siguiente manera: “El *daño* se refiere a un acontecimiento que ya ha ocurrido y que ha resultado en algún perjuicio. La *amenaza* surge cuando nos vemos expuestos a un daño que todavía no ha ocurrido pero que es posible, probable o inevitable en un futuro cercano. Y el *desafío* consiste en acontecimientos que se valoran como oportunidades en lugar de probabilidades de daño.” (p. 285)

Por otro lado, en cuanto a la respuesta al estrés, autores como Crespo y Labrador (2003) consideran que la respuesta al estrés no es en sí misma nociva; es decir, se trata más bien de una reacción adaptativa, útil para dar respuesta a situaciones de amenaza. Para estos autores consiste en: “una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización general de los recursos del organismo, y que se produce ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo, ya sea porque implican una pérdida, o bien por tratarse de una amenaza, de un reto.” (p.10). Ellos a su vez proponen una clasificación del tipo de respuestas ante diferentes situaciones o estímulos que denominan “estímulos estresores”:

1. Respuestas fisiológicas: Se caracterizan por un aumento general de la activación del organismo que le prepara para afrontar las demandas presentes (p. ej. aumento del ritmo cardíaco, sudoración de manos, tensión muscular, etc.).
2. Respuestas cognitivas: A nivel cognitivo, entra en juego la evaluación o valoración constante de la significación, y las posibles repercusiones o consecuencias sobre lo que está ocurriendo; de este modo, puede haber un aumento en la atención a estímulos presentes, por ejemplo.
3. Respuestas motoras: El componente motor está conformado por las llamadas conductas o estrategias de afrontamiento; dentro de estas se encuentra la negación, la búsqueda de apoyo, la planificación, o el distanciamiento, por mencionar alguna.

Otros autores mencionan que hay que distinguir entre el estrés nocivo, denominado *distrés*; y aquel que promueve una respuesta benéfica, llamado *eutrés*. Por ello, es conveniente diferenciar entre aquellas situaciones en las cuales se da una movilización

funcional de los recursos, y aquellas en las que resulta perjudicial para el adecuado funcionamiento del individuo (Segura & Pérez, 2016).

El estrés puede afectar a problemas físicos, tales como trastornos gástricos, cardiovasculares, dolor, asma, por mencionar algunos; asimismo, afectar también a otros problemas psicopatológicos, contribuyendo a su aparición o agravándolos, como los trastornos de ansiedad, depresión, problemas de relación social o familiar, etc.; de igual manera, propiciar la aparición de trastornos que pueden considerarse como la expresión de una inadecuada adaptación a estresores graves o continuados, por lo tanto, cuando el estrés es nocivo, puede genera reflejarse en más de un área del organismo. (Crespo y Labrador, 2003).

(Crespo y Labrador, 2003)., establecen que hay distintas formas de estrés, con características y síntomas diferenciados:

1. **Estrés agudo:** Constituye la forma más común de estrés, y se da cuando existen presiones o demandas, ya sean presentes o que se anticipan en un futuro próximo. Dentro de los síntomas se encuentra el malestar emocional, los problemas musculares, estomacales o intestinales, así como la hiperactivación transitoria.
2. **Estrés episódico agudo:** Se presenta cuando los episodios de estrés agudo se dan de forma reiterada y frecuente. En este caso, los síntomas se relacionan con la hiperactivación prolongada (migraña, hipertensión, trastornos cardíacos, problemas en la piel); cabe señalar que algunos de estos problemas pueden agravarse por el consumo de alcohol, tabaco, fármacos, etc.
3. **Estrés crónico:** Es aquel provocado por demandas y presiones persistentes que se prolongan a lo largo del tiempo. Este tipo de estrés puede relacionarse con la aparición de intentos de suicidio, conductas violentas, infartos, entre otras problemáticas (Crespo & Labrador, 2003).

Ahora bien, existe una serie de características que contribuyen a volver estresante una situación, por ejemplo: el cambio o novedad del evento, la falta de predictibilidad, incertidumbre sobre lo que pueda suceder, ambigüedad, situaciones que sobrepasan los recursos, etc. De este modo, es posible dar cuenta de diversas fuentes de estrés en el ambiente natural, tales como: acontecimientos o sucesos vitales estresantes (p. ej. situaciones bélicas, enfermedades terminales, desastres naturales, etc.); acontecimientos diarios (p. ej. disputas familiares, problemas económicos, extravío de cosas, etc.); situaciones de tensión crónica mantenida (p. ej. sobrecarga constante de trabajo, perspectivas de futuro inciertas, puesto laboral conflictivo, cuidadores de enfermos, etc.). Vale la pena mencionar que, a dichos estresores de tipo psicosocial habría que sumar una serie de variables ambientales, tales como el ruido, el hacinamiento, la temperatura extrema o la deprivación sensorial (Crespo & Labrador, 2003). Es así como, además de los eventos en sí, existen diversos factores que pueden ser interpretados por el individuo como estresantes.

Kusnetzoff (2008) establece diferentes tipos de estímulos estresores, de acuerdo con su procedencia: agentes físicos (temperaturas extremas, contaminación ambiental, ruidos, dolor, heridas, etc.); agentes neuropsíquicos (que provienen del sistema nervioso central y autónomo); factores sociales (aislamiento, exposición pública, emigración, etc.); y finalmente, los estresores laborales (extremada variación, superposición de tareas, inestabilidad, etc.).

En definitiva, las diversas formas de estrés provocan una serie de respuestas en el individuo (ya sean fisiológicas, cognitivas o motoras) cuyo propósito es afrontar determinadas situaciones, interpretadas como amenazantes; asimismo, éstas pueden afectar o provocar problemas secundarios. Sin embargo, el estrés no sólo es nocivo para el organismo, sino que, en determinadas circunstancias, éste puede resultar útil.

Con todo esto, el estrés, presentado en el individuo de manera constante, resulta perjudicial para la salud de manera tanto fisiológica como psicológica, así como con consecuencias negativas en el comportamiento. De la misma forma, al tomar cuenta que los

estímulos estresantes pueden provenir del medio en el que nos desenvolvemos, resulta fundamental ahondar en quienes lo padecen en su día a día.

Ahora bien, existe una serie de recursos que se movilizan cuando una situación es percibida como amenazante; en este caso, las estrategias de afrontamiento hacen referencia a aquellos “esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés” (Lazarus & Folkman, 1984; Sandín 1999, citado en Sandín, 2003, pp. 152).

De este modo, si bien existen diversas conductas y estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes, es importante dar cuenta de aquellas que son empleadas particularmente por los médicos. Respecto a ello, Paris (2007) llevó a cabo un estudio con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento al estrés mayormente empleadas por los profesionales de la salud (médicos y enfermeros), así como el vínculo entre el estrés percibido y su afrontamiento, con el grado de satisfacción personal-laboral. Los resultados de dicho estudio, muestran que las estrategias de afrontamiento empleadas en mayor medida, son la resolución de problemas y el distanciamiento de la fuente de estrés (uso del tiempo libre, distancia emocional, etc), seguidas de la resignación y el uso de estrategias desadaptativas (consumo de alcohol, tabaco, somatizaciones, automedicación, etc.). Respecto a la satisfacción laboral, los profesionales se evalúan medianamente satisfechos con su trabajo y vida personal; en este caso, el aspecto que les genera mayor satisfacción es la colaboración y solidaridad de sus compañeros. Por el contrario, aquello que les genera menos satisfacción se relaciona con las recompensas materiales que les brinda su labor. En definitiva, las diferentes formas de afrontamiento del personal médico recaen, entre otras cosas, en el consumo de alcohol y otros psicofármacos, aún cuando su formación profesional les permite conocer los efectos y consecuencias de su composición química en el organismo.

De igual manera, Escribá-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan médicos especialistas (oncología, medicina interna, traumatología, radiología y unidad de cuidados

intensivos), así como las fuentes de recompensa profesional. Como parte de los resultados obtenidos, se destacan principalmente tres situaciones estresantes para el personal médico: a) la incertidumbre en cuanto al establecimiento de un diagnóstico o tratamiento, b) la posibilidad de ser demandado debido a una mala práctica profesional, y c) los efectos generales de los factores estresantes laborales. Así pues, es posible dar cuenta de dos patrones de afrontamiento entre los médicos participantes: el patrón centrado en las emociones y el patrón centrado en el problema. Dentro de las estrategias de afrontamiento empleadas por dicha población, se encuentran:

1. Incertidumbre: Como parte de las estrategias relacionadas con dicho factor, se encuentran: la aceptación (naturalizar la incertidumbre), la consulta a compañeros u otros especialistas, la consulta bibliográfica, la actuación mediante protocolos estandarizados, así como el acercamiento al paciente y su familia.
2. Posibilidad de demanda: En este caso, se identifican como principales estrategias: hablar con el paciente y explicarle su situación, practicar una medicina defensiva, sentir que se está haciendo un buen trabajo, contratar una póliza de seguros, y no tener presente la posibilidad de una demanda.
3. Efectos generales del estrés: Finalmente, dentro de las estrategias dirigidas a mitigar dichos efectos, se encuentran: pasar tiempo con la familia, consumo de fármacos y tabaco, el desahogo y la desconexión mental.

En relación con lo anterior, se puede dar cuenta de la función reguladora de las estrategias de afrontamiento respecto a las consecuencias negativas para la salud, a causa del estrés. Sin embargo, las reacciones individuales a los estresores dependen de diversos factores, entre los cuales se encuentran: la magnitud de la demanda y la percepción que se tenga sobre ésta, la capacidad y los recursos para afrontar la situación, las restricciones personales o ambientales, así como el apoyo social (Sandín, 2003; Escribá-Agüir & Bernabé-Muñoz, 2002). En pocas palabras, las formas de afrontamiento que se pueden presentar ante el estrés (sean adecuadas o no), dependen en gran medida del medio en el que se manifiestan, es decir, se adecuan al mismo según sus elementos.

En resumen, las distintas formas de afrontamiento al estrés en la práctica médica dependen de una serie de elementos que van desde la naturaleza del evento estresante, hasta la forma particular de hacer frente a esta.

Por lo que refiere a las consecuencias provocadas por el estrés, se ha mencionado que éstas pueden presentarse en diferentes esferas como la fisiológica, cognitiva o conductual. Es así que, en el presente apartado se hace referencia a las repercusiones biopsicosociales del estrés en el personal médico.

De esta forma, las consecuencias que el estrés genera en los profesionales de la salud, particularmente en los médicos, provocan un foco de atención puesto que son los cuidadores de la salud mismos quienes presentan deficiencias orgánicas a consecuencia de su incapacidad para afrontar el estrés, o bien, sus inadecuadas estrategias.

Con ello, Mingote, Moreno y Galvez (2004) mencionan que el aumento del estrés laboral en el ámbito médico ha derivado en importantes consecuencias que afectan a la salud mental, física, sexual, a la calidad de vida y eficacia profesional del médico. Además, los autores señalan que, a nivel conductual, las consecuencias que presentan los médicos rondan en la utilización del alcohol, tranquilizantes o drogas ilícitas, ya sea como intento de afrontamiento o como evitación de los estresores. De manera paralela, las consecuencias biológicas se manifiestan en enfermedades y episodios como sensación de agotamiento, cansancio, falta de aliento que pueden terminar en infartos al miocardio, angina de pecho inestable y la muerte cardiaca súbita, problemas de hipertensión, entre otras. Por otro lado, como parte de las consecuencias a nivel social se encuentra el incremento en los turnos de trabajo, los cambios de oficio o profesión, el desempleo eventual y las prejubilaciones no relacionadas a la enfermedad; además, son frecuentes los problemas familiares debido a dificultades en la comunicación, irritabilidad, hostilidad, así como un progresivo aislamiento social y distanciamiento en las relaciones interpersonales.

Lo anterior queda constatado a través de los estudios realizados por Arenas (2006) y Barraza et al. (2009) quienes demuestran la presencia de diversos problemas como: la

mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades cardiovasculares, altos índices de nerviosismo, tabaquismo y alcoholismo, gastritis y colitis, insomnio, solicitud de incapacidades, agotamiento emocional, sentimientos de baja realización personal, así como de despersonalización. Esto, como derivación de estresores en el ambiente de trabajo, por ejemplo: el abuso de jerarquía, autoritarismo, desabasto, ejercicio de roles de trabajo asistencial diferentes al médico, sobrecarga de trabajo con escaso tiempo para el descanso, rotación de corta estancia, etc. Es así como el estrés presente en los médicos no sólo les afecta a nivel individual, sino que constituye una problemática para las instituciones en las que labora.

En otras palabras, las consecuencias que acarrea el estrés no se limitan a respuestas biológicas en el organismo, sino que se conglomeran factores tanto biológicos como psicológicos y sociales, mismos que no se encuentran aislados entre sí; más bien, responden de manera conjunta.

La presente investigación centra su interés en la relación existente entre el estrés y la sexualidad, en este caso, dentro del ámbito médico. El estrés, definido como las respuestas generadas ante estímulos que amenazan el equilibrio para el organismo (Sandín, 2003); supone un tema de interés en la actualidad debido a las demandas generadas por el mismo, tanto en la investigación como en la población en general. Ahora bien, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud, siendo cuidadores de la misma, se encuentran expuestos a altos niveles de estrés debido a la naturaleza de la profesión en sí, se pensaría que su formación los permea del hábito de cuidar la salud propia, sin embargo, se ha encontrado que dicha población presenta formas de afrontamiento nocivas para su salud, o bien, consecuencias tanto a nivel biológico como psicológico por la incapacidad de afrontar el estrés.

Por otro lado, un tema fundamental para la sociedad desde los tiempos antiguos es la sexualidad. Definida por la OMS (2000) como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos; basados no sólo en el sexo en sí, sino en otros elementos referentes al mismo, como el género, el erotismo,

la orientación, identidad sexual, etc.; genera un campo de conocimiento integral que forma a los seres humanos como seres sexuados y que, por ende, determina la manera en la que nos comportamos, pensamos, fantaseamos y nos relacionamos a través de la cultura en la que nos desenvolvemos. En ese sentido, la sexualidad se percibe como un todo hacia la conjunción del ser humano, sin embargo, se ha encontrado que en la población médica los conocimientos para tratarla, tanto en el área profesional como en su vida personal, se ven limitados, remitiendo su formación académica únicamente al campo de lo orgánico y lo patológico, presentando así problemas para atender el tema con los pacientes que lo requieran o bien atender sus propias necesidades, descuidando entonces su identidad como seres sexuados.

Con todo lo anterior, aunque el estrés y la sexualidad sean temas abordados ampliamente en la investigación actual, es menester identificar poblaciones en las que poco se atiendan dichos temas, considerando que los estereotipos sociales suponen que para determinadas personas no sea necesario hacerlo. En otras palabras, los profesionales de la salud, y particularmente los médicos, se han estereotipado a través de su profesión como seres no-vulnerables tanto en su salud física como mental, olvidando que antes que cuidadores de la salud son seres humanos que, al igual que los demás, se encuentran expuestos a las demandas del medio y de su cuerpo-mente.

Ahora bien, tomando en cuenta la relevancia ya mencionada de ambos temas, vale mencionar que se ha prestado poca atención en la relación que pueda existir entre ambos. Dicho de otro modo, el énfasis se centra en mayor medida sobre las afectaciones del estrés en aspectos fisiológicos y psicológicos, restando importancia a las implicaciones relacionadas con la sexualidad; y más aún, relacionadas con la sexualidad de los profesionales de la salud, por las razones antes mencionadas. De esta forma, no sólo se limita el estudio hacia la salud de los médicos, sino también su bienestar biopsicosocial, y más aún, en la sexualidad.

Por lo que refiere al tipo de investigación, el presente proyecto se guió bajo un enfoque de investigación mixto. Por un lado la estadística descriptiva permite dar cuenta de

manera objetiva los niveles y los factores de estrés que la población experimenta en su día a día. Ahora bien, tomando en cuenta que este tipo de investigación busca también comprender las realidades subjetivas e intersubjetivas desde la vida cotidiana, bajo el enfoque cualitativo del presente trabajo se pretende conocer, en voz de los participantes mismos, cómo perciben el estrés como parte de su práctica profesional, qué conocen de la sexualidad y cómo la viven, así como la manera en que relacionan ambas partes en su quehacer cotidiano.

Por lo que se refiere al tema de sexualidad, se pretende abordarlo desde los principales conceptos que la integran, así como los elementos que lo componen y que fungen un papel fundamental para el desarrollo de la presente investigación.

Con lo anterior, el concepto de sexualidad ha tomado especial interés en la investigación porque abarca aspectos más allá del sexo o el acto sexual (estos últimos son más bien elementos dentro del campo de la sexualidad); en su lugar, amplía el panorama a dimensiones no sólo biológicas, sino psicológicas, sociales y culturales. Acorde con lo anterior, Masters, Johnson y Kolodny (1987) señalan que, por regla general “la palabra ‘sexualidad’ se emplea con un significado más amplio que el vocablo ‘sexo’, ya que pretende abarcar todos los planos del ser sexual” (p.12); es decir, la sexualidad se hace presente desde el inicio (incluso antes) de la vida del individuo, puesto que más allá de remitirlo a una respuesta fisiológica, se trata de una formación de personalidad que parte del hecho biológico hacia el contexto social, cultural y (por ende) psicológico. De igual manera, Gómez (2013) menciona que el origen de la sexualidad data desde el origen y evolución de las especies, específicamente de la transición de la reproducción asexual a la reproducción sexual. Después, la dimensión biológica se encarga de distinguir los cuerpos con diferentes sexos (más adelante se presentan las definiciones), es decir, los cuerpos sexuados; que transitan a partir de ese dimorfismo a una dimensión psicológica que se moldea dentro de un contexto sociocultural específico (Gómez, 2013). Así pues, el tema de la sexualidad implica un conjunto de elementos, conductas, medios, ideologías, etc., que la forman más allá de un constructo de tinte biológico.

De esta forma, se distinguen diferentes dimensiones para abordar a la sexualidad. La primera es la biológica, que encara todos los elementos biológicos que controlan el desarrollo sexual, desde el ámbito reproductivo hasta las fuerzas biológicas que condicionan el comportamiento sexual, es decir, tanto las diferencias en el comportamiento característico de hombres y de mujeres como las respuestas fisiológicas presentes. Por otra parte, se encuentra la dimensión psicosocial, la cual se enfoca en la evolución de los seres sexuales, es decir, la formación de la identidad a partir del sexo biológico, que se moldea de tal o cual forma en función de las normas sociales del lugar en que se encuentre. Así mismo, se menciona la dimensión cultural que, acompañada de la psicosocial, vislumbra todo valor y creencia que permite a los seres sexuales adquirir determinadas costumbres acordes a su entorno cultural. Finalmente, se habla de la dimensión conductual, que evalúa el comportamiento *per se*, ejecutado en función del encadenamiento de todas las dimensiones presentes (Masters, Johnson & Kolodny, 1987). Así pues, la sexualidad, al ser un constructo que integra (como se ha mencionado en repetidas ocasiones) diferentes dimensiones, conceptos y elementos; no podría estudiarse desde uno solo, puesto que nada funciona en aislado.

Como se mencionó anteriormente, la sexualidad consta de varios conceptos que, de manera integral, la constituye. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en Arango, 2008, p. 5) presenta una serie de definiciones propias del tema de sexualidad:

- **Sexo:** “El término ‘sexo’ se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.”
- **Sexualidad:** “El término ‘sexualidad’ se refiere a una dimensión fundamentada del hecho de ser un humano: basada en sexo, incluye al género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales,

éticos y religiosos o espirituales. En resumen, la sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.”

- **Salud sexual:** “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.”
- **Género:** “El género es la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo.”
- **Identidad de género:** “La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género.”
- **Orientación sexual:** “La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.”
- **Identidad sexual:** “La identidad sexual incluye la manera en que la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona.”
- **Erotismo:** “El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual.”
- **Vínculo afectivo:** “La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones.”
- **Actividad sexual:** “La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.”
- **Prácticas sexuales:** “Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.”

En suma, la sexualidad engloba diferentes conceptos que funcionan de manera integral, y que constituyen tanto las bases biológicas, como psicológicas y sociales en el comportamiento de los individuos.

Otro punto fundamental en el campo de la sexualidad es el deseo sexual y la configuración del mismo. Se presenta así, una definición del término, así como los componentes que lo constituyen, tomando en cuenta que si bien su raíz es de índole biofisiológica, trasciende al campo de lo psicológico como principal detonante de las respuestas sexuales del individuo.

En primer lugar, concebir una definición del deseo sexual permitirá desglosar sus elementos desde perspectivas de diferentes autores. Así pues, Gómez (2013) menciona que el deseo sexual tiene un origen biofisiológico, refiriéndolo particularmente en una estructura anatómico-neuro-endócrina, siendo su función primera la supervivencia de la especie a través de la reproducción. Por una parte, el Diccionario de la Lengua Española define al deseo como un “movimiento afectivo hacia algo que se apetece, acción y efecto de desear, impulso, excitación” (Wally, 2008, p. 62). Por otro lado, Levine (1987, citado en Gómez, 2013) lo define como “la energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual” (p.117). Así, el deseo sexual, a partir de su naturaleza psicobiológica, impulsa a los individuos a encontrar su satisfacción sexual.

Asimismo, se considera que el deseo sexual se integra de tres elementos principales: el impulso, el anhelo y el motivo. Con respecto al impulso, Levine (1987, citado en Gómez, 2013) lo define como “el efecto que surge de la acción de las bases biofisiológicas que rigen el comportamiento sexual.” (p. 117); el anhelo “hace referencia a las ganas, al anhelo de tener relaciones sexuales independientemente del impulso.” (p. 118); por último, el motivo “representa la disposición hacia la actividad sexual.” (p.119). En este sentido, a través de los elementos presentados, se pasa por una secuencia desde lo biopsicológico hasta el consentimiento del deseo sexual, es decir, el motivo como aceptación de la presencia de los elementos anteriores.

Ahora bien, como parte de la configuración del deseo sexual, además de los elementos ya mencionados, en el otro extremo se encuentran aquellos estímulos que activan las respuestas del individuo. Es así que Gómez (2013) denomina “inductores” a dichos estímulos, que contienen un valor erótico y que pueden tener un origen endógeno (pensamientos, recuerdos, fantasías, etc.) y exógeno (estimulación visual, olfativa, auditiva, etc.). Con ello, dichos estímulos pueden activar el deseo sexual según sean los gustos y expectativas de cada individuo.

Dicho brevemente, el deseo sexual parte de un origen biológico, mediante la activación de determinados sistemas del organismo, hasta componentes psicológicos formados a partir de los inductores, que son los estímulos que generan respuestas en el organismo y lo impulsan a generar un comportamiento sexual. Podría decirse que el deseo sexual es mediatizado por experiencias subjetivas del individuo, dado que cada uno empareja de manera distinta los estímulos que le produzcan respuestas orgánicas y en su comportamiento sexual. Siendo así, el deseo sexual se forma a partir del individuo y de la cultura en la que se desenvuelve.

Otro punto importante para la sexualidad y para el presente trabajo, son las disfunciones sexuales, ya que conglomeran una serie de limitaciones físicas y psicológicas referentes a la realización del acto sexual. Es por ello que resulta fundamental distinguir los diferentes tipos de disfunciones, así como su origen.

Para comenzar, Kusnetzoff (2008) señala que las disfunciones sexuales hacen referencia a aquellas dificultades que afectan, de manera repetida, a alguna de las fases de la respuesta sexual humana. Estas pueden ser accidentales o crónicas, y pueden tener un origen físico, emocional o anímico. De manera general, hacen referencia a la anafrodisia (ausencia de deseo); a la ausencia o insuficiencia eréctil o de la secreción vaginal; vaginismo; y eyaculación precoz, relacionados o no con la anafrodisia; y finalmente, a la anorgasmia (imposibilidad o dificultad de alcanzar la fase de orgasmo).

Por otro lado, Shibley y DeLamater (2006) proponen cuatro categorías para identificar a los trastornos sexuales: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, trastornos orgásmicos y trastornos sexuales asociados al dolor. De este modo, dentro de los trastornos del deseo se encuentra el deseo sexual hipoactivo (falta de interés en la actividad sexual); y el trastorno de aversión al sexo (en el cual se presenta ansiedad, temor o asco respecto a la interacción sexual). Ahora bien, en la categoría de trastornos de la excitación se incluye el trastorno de la excitación sexual en la mujer (falta de respuesta ante la estimulación sexual, incluyendo la falta de lubricación); así como el trastorno de la erección (incapacidad ya sea para tener una erección o mantenerla). Por lo que refiere a los trastornos orgásmicos, se encuentra la eyaculación precoz (incapacidad para demorar la eyaculación); y los trastornos orgásmicos masculino y femenino, en los cuales existe una incapacidad para alcanzar el orgasmo, a pesar de que el individuo se encuentre sumamente excitado y haya tenido gran cantidad de estimulación sexual. Finalmente, en la categoría de trastornos asociados al dolor, se incluye la dispareunia (dolor genital experimentado durante el coito); y el vaginismo (contracción espástica de los músculos que rodean la entrada de la vagina).

Así pues, a pesar de que algunas de las disfunciones puedan tener un origen meramente fisiológico, inevitablemente conllevan repercusiones psicológicas que afectan no sólo al individuo, sino también a su relación interpersonal y afectiva con la pareja.

Llegados a este punto, es importante abordar aquellos aspectos de la sexualidad que se relacionan directamente con la población médica. De esta forma, se presentan algunos hallazgos sobre el tema.

En primera instancia, Alzate (1974) refiere que, si bien la sexualidad es uno de los elementos más importantes de la configuración de un individuo, la práctica médica se ha desinteresado durante mucho tiempo de los componentes socioculturales de la sexualidad humana (función erótica), prestando mayor énfasis en la función reproductora. Es por ello que la enseñanza en medicina se ha centrado principalmente sobre aquellos elementos más de tipo biológico relacionados con la sexualidad.

En relación con lo anterior, Salinas y Jarillo (2013) exploraron los significados de los pasantes de medicina sobre la sexualidad, en tanto construcción social que comprende conocimientos y subjetividades. Al respecto, el discurso médico revela que los conocimientos sobre sexualidad quedan reducidos al acto coital o a las diversas patologías que de ella derivan, desestimando las nociones de gozo, placer y erotismo. Ello permite dar cuenta de que el conocimiento adquirido durante la formación profesional (con énfasis biológico) no guarda relación con las demandas de salud sexual y reproductiva a las que se enfrentan en el campo de acción, por lo que existe una falta de habilidades para hacer frente a dichos tópicos en la práctica profesional. Esto debido, en esencia, a que los planes académicos y las instituciones de salud abarcan la sexualidad desde un enfoque puramente biológico, dejando de lado aspectos psicológicos, sociales y culturales de los sujetos. Así pues, la invisibilidad de la sexualidad con su componente subjetivo y su conceptualización como construcción social constituye en los pasantes de medicina una problemática en su ejercicio profesional y vida personal.

De igual manera, González, Durán, Mantecón, Lugones y Moya (2010) exploraron los comportamientos y actitudes de estudiantes de medicina respecto a la sexualidad. Los resultados del estudio demuestran que el 51.9% de la población mantiene relaciones sexuales sin protección, de manera ocasional; respecto a ello, se presentó un predominio del sexo masculino del 62.2%. Por otro lado, el 43.4% y 24.3% de los estudiantes reportaron la necesidad de recibir información acerca de las características sobre las enfermedades de transmisión sexual, y su modo de transmisión, respectivamente; a su vez, un 9.4% reportó la necesidad de información sobre temas relacionados con la sexualidad y el enfoque de género. Los autores señalan que es fundamental ofrecer una enseñanza médica superior que vaya más allá de aspectos puramente académicos, para así lograr un efecto positivo en la práctica profesional, ofreciendo un servicio más integral. De este modo, se destaca principalmente la necesidad que tienen los estudiantes de medicina por recibir información referente a distintos aspectos de la sexualidad, siendo uno de ellos el componente sociocultural de la misma.

En definitiva, es evidente la limitación de conocimientos en la práctica médica respecto a temas relacionados con la sexualidad, lo que conlleva arremeter en sus pacientes a esta como una dicotomía biológica y patológica; además de la escasa investigación referente al tema.

Así pues, teniendo en cuenta que el estrés funge como causa de múltiples problemáticas y a distintos niveles (físicos, psicológicos, sociales), resulta interesante conocer acerca de sus repercusiones en la sexualidad de la persona sometida a constantes situaciones de estrés; ya que, si bien existe vasta evidencia sobre las consecuencias en otros ámbitos (familiar y laboral), son pocos los estudios que se enfocan específicamente sobre la relación entre estrés y sexualidad.

En relación con lo antes mencionado, uno de los factores que afectan en mayor medida al ejercicio pleno de la sexualidad es el “mal” estrés, ya sea a causa de sus propias manifestaciones (tensión, irritabilidad, cansancio) o por sus efectos negativos en la salud general. A ello hay que agregar que, desde una concepción meramente fisiológica, durante la respuesta de afrontamiento a otras amenazas, se genera una disminución en los niveles hormonales de tipo sexual (Kusnetzoff, 2008). Asimismo, dicho autor sugiere que contrario a lo que pudiera pensarse, ninguno de los componentes que suelen estar presentes en un episodio de estrés constituye un motor de la libido; es decir, resulta inconveniente para el individuo “usar” el acto sexual como remedio.

De esta forma, si bien el estrés puede afectar a la sexualidad, ésta puede ser, a su vez, factor de estrés; ya sea por ausencia o presencia. En este último caso, Kusnetzoff (2008) señala que existen diversos elementos que permiten dar cuenta de la sexualidad como fuente de estrés:

- **Cambio:** Referido a las modificaciones situacionales que exigen y demandan diferentes respuestas, como las “primeras veces”, las variaciones funcionales a causa de ciclos vitales, escenarios extraños, etc.

- **Rutina:** Que provoca como resultado una conducta sexual mecánica, regulada, sin descubrimientos ni riesgos en la fatiga.
- **Presión:** Relacionada con los juicios a cerca del propio rendimiento y sentirse juzgado por la pareja sexual.
- **Apuro:** En general, la cultura le resta valor a dedicar tiempo hacia el ámbito de la sexualidad, considerando otras actividades como más útiles o importantes.
- **Miedo:** Que tiene que ver con aquellos temores concretos o intangibles (embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, ser descubierto por alguien, temor al castigo o sentimientos de culpa, etc.).

De modo que, la sexualidad y el estrés no necesariamente se relacionan como causa y efecto. Es decir, tanto el estrés puede repercutir en ciertos aspectos de la sexualidad, como la sexualidad puede fungir como fuente de estrés. En cualquier caso, resulta importante identificar sus repercusiones, a fin de que puedan modificarse hacia la funcionalidad.

Como se ha mencionado con anterioridad, el ejercicio profesional en el ámbito de la salud, específicamente en el médico, supone altos niveles de estrés y se relaciona con estilos de vida poco saludables, por todo lo que la profesión conlleva en sí.

Con respecto a las consecuencias fisiológicas en la población estudiada, Gaona, Consuelo, Tomp y Rizo (2018) realizaron una encuesta transversal descriptiva hacia 88 médicos residentes de un hospital de tercer nivel, recabando datos como edad, peso, sexo, estatura, Índice de Masa Corporal (IMC), consumo de nicotina, alcohol, café y cigarro, riesgo cardiovascular a partir del índice de obesidad y datos heredofamiliares; con el objetivo de identificar el estado de salud en el que se encuentran y brindar las consideraciones prudentes para mejorar la calidad de vida de los mismos. Encontraron que más del 60% de la población encuestada se encuentra en un estilo de vida sedentario y que más del 50% se encuentra en condiciones de sobrepeso u obesidad, asimismo, 72% de la población mantiene riesgo potencial cardiovascular.

Por su parte, Kuhn (2006, citado en Richardson, 2006), en su tesis señala que, al menos en el Instituto Médico Infantil, los principales factores de estrés identificados en médicos residentes son los físicos, como las jornadas largas de trabajo, inadecuado descanso y privación del sueño; ambientales, como la falta de cordialidad, respeto o reconocimiento y el maltrato emocional; organizacionales, como las instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, baja remuneración económica, etc. De la misma forma, el agotamiento físico y emocional generado por los diversos estresores ambientales, generan como consecuencias la pérdida de interés por las cosas y las personas, el gusto por las actividades realizadas, el rendimiento y las funciones cognitivas, así como repercusiones en la atención médica hacia los pacientes (Richardson, 2006). Con todo esto, la mayor cantidad de estrés generada en los médicos residentes no es la práctica médica en sí, sino aquellos estresores que ponen en riesgo la salud física, así como la falta de asertividad en las relaciones interpersonales, mismas que conllevan a consecuencias negativas de índole psicológicas.

De esta forma, como parte de las consecuencias generadas por el estrés sobre la sexualidad, Parera, Suso, Santolín Salomón y Carena (2011) llevaron a cabo un estudio para valorar el grado de satisfacción respecto a la calidad de vida sexual y los factores relacionados con esta, en una población de médicos, residentes y enfermeros. Los hallazgos demuestran que un 62% de la población refiere una disminución respecto a la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, una vez iniciando su actividad laboral, situación atribuida principalmente a la sobrecarga de trabajo, cansancio extremo, falta de tiempo y ausencia de ganas o deseo. Por otro lado, es importante mencionar que un 61% de las mujeres y 28.5% de los hombres, reportó la presencia de algún tipo de disfunción sexual. Asimismo, el 33% de la población reporta que desde el comienzo de su actividad laboral se sintió atraído por personas que no fueran su pareja, mayoritariamente con compañeros de trabajo (72.3%) y atribuido principalmente a la necesidad de experiencias nuevas, distanciamiento con la pareja, estrecho contacto con compañeros de trabajo y a la alta disponibilidad sexual en el lugar del trabajo.

Con lo anterior, la educación sexual, desde una perspectiva no discriminatoria y participativa; en la preparación del médico, resulta fundamental para confrontar las interacciones en su vida laboral y personal a partir de sus propios recursos, de tal forma que en el resultado final, sobrepase lo académicamente aprendido y tome referencia a partir de su vida cotidiana (González & Miyar, 2002). Dicho de otro modo, que la educación sexual, en este caso en el médico, no adquiera un papel meramente profesional hacia la actividad del mismo, sino que se fomente desde una perspectiva humana hacia la población médica contemplada como individuos que ejercen la medicina, no como médicos no contemplados más allá de su profesión.

Así pues, la presente investigación forma parte de un estudio más amplio sobre el tema de sexualidad humana en personal de salud, cuya responsable es la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto, misma que se lleva a cabo en las líneas de investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Por todo lo anterior, el estudio de un tema en el que se relacione al estrés hacia una población que, enfocada al cuidado de la salud, se encuentra con altos índices y escasas formas funcionales de afrontamiento; con la sexualidad, que vista desde la perspectiva médica se remite a una dualidad reproductiva-patológica; resulta fundamental para la investigación e intervención hacia dicha población. Lo anterior, debido a que, en primer lugar, mucho se ha estudiado del estrés y del estrés laboral, pero poco en relación al estrés y sus consecuencias hacia otros ámbitos del profesionista, en este caso la sexualidad en médicos residentes. Ahora bien, se ha demostrado que la sexualidad, desde su modelo biopsicosocial, no es abordada por la población médica (ni en lo profesional ni en lo personal de manera adecuada), lo que resulta como consecuencia en limitados tratos con pacientes que requieran dicha atención, y limitadas o inadecuadas prácticas en su ámbito personal y sexual, lo que puede derivar en estrés. Finalmente, aun cuando la población médica ha sido ampliamente estudiada en diversos ámbitos, incluyendo al estrés (laboral), poco se han tratado temas referentes a su sexualidad y salud sexual, siendo que toman el papel de modelo para la sociedad en general en el ámbito de la salud, sin embargo, eso mismo desvanece el hecho de que también son seres humanos que requieren de atención en los diversos campos de la salud no sólo física, sino también mental.

Así, se abordó la línea de estudio relacionada con los conocimientos del estrés y la sexualidad y sus experiencias en la vida personal y profesional de médicos residentes.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar y analizar los conocimientos sobre estrés y sexualidad de médicos residentes, así como sus experiencias en la vida personal y profesional.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de estrés en los que se encuentran los médicos residentes.
- Identificar el nivel de vulnerabilidad ante el estrés en el que se encuentran los médicos residentes.
- Identificar si el estrés percibido en los médicos constituye una problemática no sólo en su vida laboral, sino también en la forma que experimenta su sexualidad.
- Identificar si el estrés percibido en los médicos residentes afecta de manera positiva la forma en que experimenta su sexualidad.
- Conocer si el estrés percibido en los médicos residentes funge como potenciador para llevar a cabo determinadas prácticas sexuales.
- Conocer la relación que mantienen el estrés y la sexualidad en el ámbito médico.
- Identificar si los conocimientos que tienen los médicos residentes sobre la sexualidad son los adecuados para su vida personal y profesional.
- Identificar si el conocimiento que tienen los médicos residentes sobre la sexualidad es limitado.
- Identificar si las estrategias de afrontamiento al estrés que ejecutan los médicos residentes son adecuadas para su salud sexual.
- Identificar si la salud sexual de los médicos residentes se ve afectada por el mal manejo del estrés dentro del ámbito hospitalario.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, presentando desde lo cuantitativo, la estadística descriptiva para identificar a partir de la utilización de test, los puntajes de estrés en los que se encontraban los participantes. Y, desde lo cualitativo, se presentó a través del análisis de contenido sus relatos y experiencias relacionadas tanto con el estrés como con la sexualidad.

Por un lado, la investigación cuantitativa representa al problema de investigación a través del uso de números y transformaciones de los mismos, como variables numéricas, gráficas, etc. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por otro lado, la investigación cualitativa constituye el estudio de los imaginarios, las representaciones, las culturas y subculturas humanas. De igual manera, busca comprender la realidad subjetiva e intersubjetiva; la vida cotidiana se sitúa como escenario de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones del mundo social y ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas (Katayama 2014; Sandoval, 2002). Así pues, Martínez (2006) menciona que uno de los fines que persigue la investigación cualitativa es la identificación de “la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (p. 128).

De este modo, como herramienta para la recolección de datos se llevaron a cabo grupos focales, específicamente hacia una parte de la población. La investigación basada en grupos focales se entiende como “una forma de recolectar datos cualitativos, la cual, esencialmente, implica involucrar a un pequeño conjunto de personas en una(s) discusión(es) de grupo informal(es), ‘enfocada’ hacia un tema o una serie de temas específicos” (Wilkinson, 2004, p.177, citado en Onwuegbuzie, Dickinson, Leech & Zoran, 2011, p. 129). Así mismo, su principal objetivo es hacer surgir actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes (Escobar & Bonilla, 2009). Además, los autores señalan que, entre sus principales ventajas, los grupos focales permiten obtener la información de manera más rápida y a un menor costo; de igual manera, es una

técnica de fácil administración que permite analizar cómo los participantes interactúan entre ellos, más allá de las respuestas verbales.

En cuanto al resto de los participantes, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, ya que, al adoptar la forma de un diálogo coloquial, permiten obtener descripciones de la realidad que viven aquellos a quienes se entrevista, para así poder vislumbrar las significaciones que tienen sobre la misma (Martínez, 2006). En este caso, el discurso del personal médico en cuanto al estrés y la sexualidad.

Tipo de estudio: Cuantitativo y cualitativo, en un Hospital de alta especialidad de tercer nivel en la Ciudad de México.

Participantes: Participaron voluntariamente 18 Médicos Residentes, de entre 27 y 32 años; 8 varones y 10 mujeres. El criterio de inclusión fue haber concluido, mínimo, dos años de residencia (véase tabla 1).

Situaciones, lugares o escenarios. La aplicación de escalas, así como la realización de grupos focales y entrevistas semi-estructuradas, se llevaron a cabo en aulas proporcionadas por la Coordinación de Enseñanza e Investigación.

Técnicas e instrumentos empleados. Se aplicaron dos escalas validadas para medir los niveles de estrés: Test de Estrés Laboral (IMSS, adaptado del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos) (Véase Anexo 2) y Test de Vulnerabilidad al Estrés (L. H. Miller & A. D. Smith) (Véase Anexo 3). También, se utilizó una guía con ejes temáticos (Véase Anexo 4), basados en la revisión bibliográfica, para conducir los grupos focales. Además, se utilizó una videocámara para la recolección de información y su posterior transcripción.

Procedimiento. En primer lugar, se convocó a través de la Coordinación de Enseñanza e Investigación a 78 Médicos Residentes a una reunión, con el fin de extender la invitación para formar parte de la investigación, informándoles sobre la relevancia y objetivos de la misma, así como algunas consideraciones relacionadas con esta, como el acuerdo de

confidencialidad y la retribución por parte de la investigación hacia la población. En segundo lugar, a los médicos que aceptaron participar de manera voluntaria se les proporcionó la carta de consentimiento informado, donde al menos 30 médicos realizaron la firma del documento. Posteriormente, se realizó un sorteo por tómbola, donde se formaron los grupos focales y se les asignaron fechas y horarios específicos, estableciéndose un total de tres grupos, integrados de la siguiente manera: dos grupos de 4 participantes y un grupo de 5 participantes; a los médicos que asistieron de manera extemporánea se les realizó la entrevista semiestructurada, siendo un total de 5 entrevistas, una única por participante, con una duración aproximada de dos horas (Véase Tabla 1).

Para la realización de las entrevistas y los grupos focales, se elaboró una guía temática con tres ejes principales: estrés, sexualidad y relación del estrés laboral y la vida sexual del médico; con el fin de encaminar el discurso de los participantes al tema de investigación. Para la realización de técnicas de recolección de datos, se les pidió como primera parte, tanto en los grupos focales como en la entrevista, que respondieran el cuestionario de estrés percibido, el test de estrés laboral y el test de estrés académico. Una vez que concluida esta parte, se les reiteró que la actividad sería videograbada con fines académicos; además, se les solicitó salir del aula por un momento y una vez que todos los participantes se encontraban fuera, se les proporcionó un gafete donde pudieran escribir sus pseudónimos. Posteriormente se les cubrieron los ojos con antifaces con el fin de mantener el anonimato entre sus compañeros.

Al terminar las sesiones, se les agradeció su participación, se les reiteró el acuerdo de confidencialidad y se les proporcionó como forma de retribución sus puntajes y nivel de estrés en el que se encontraban, de acuerdo al test de estrés académico, seguido de algunas sugerencias para decrementar los niveles del mismo.

Ahora bien, para la presentación de los resultados, se realizó primeramente una base de datos en el software estadístico SPSS versión 21, donde se vaciaron los puntajes obtenidos en cada uno de los test realizados, así como los datos demográficos de cada uno de los participantes. Posteriormente, para la parte cualitativa, se reprodujeron las

videgrabaciones de cada una de las sesiones y se realizaron transcripciones de cada una. Después, en función de los resultados observados en las transcripciones realizadas, así como los antecedentes teóricos y empíricos recabados, se realizaron categorías abarcando los tres ejes principales establecidos en la guía temática y se seleccionaron fragmentos de cada una de las sesiones que correspondieran a las categorías elaboradas, presentando, finalmente, como resultados cuantitativos, las medias de puntajes obtenidos en cada uno de los test, así como los datos demográficos de cada uno de los participantes. A su vez, para la parte cualitativa se presentan los resultados a partir de un modelo de análisis de contenido.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis y la discusión de la presente investigación con base en la información recabada de los diversos autores citados, con los resultados aquí obtenidos, generando de esta forma contrastes y similitudes manifestadas, para posteriormente establecer las conclusiones y propuestas pertinentes, a partir de lo ya obtenido en cada una de las fases del presente proyecto de investigación.

Tabla 1

Trabajo de Campo

Grupo	Característica	Fecha	No. de participantes	Duración
1	Grupo Focal	12/02/2019	4	120 min
2	Grupo Focal	12/02/2019	5	120 min
3	Entrevista Semiestructurada	13/02/2019	1	120 min
4	Entrevista Semiestructurada	13/02/2019	1	120 min
5	Entrevista Semiestructurada	14/02/2019	1	120 min
6	Entrevista Semiestructurada	14/02/2019	1	120 min
7	Entrevista Semiestructurada	15/02/2019	1	120 min
8	Grupo Focal	15/02/2019	4	120 min

Se presenta el trabajo de campo, donde se desglosa: el grupo en el que se asignaron los participantes, el tipo de técnica que se llevó a cabo, la fecha en que se realizó, el número de participantes y la duración de cada sesión.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados obtenidos en el Test de Estrés Laboral y el Test de Vulnerabilidad al Estrés.

Por lo que refiere a los resultados cuantitativos obtenidos en la aplicación de los test ya referidos, se realizó una estadística descriptiva, donde se identificaron las medias correspondientes de cada instrumento, de manera general y por género; así como los porcentajes correspondientes a los niveles obtenidos en cada test.

En primer lugar, en la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en el Test de estrés laboral, identificando los rangos de puntajes obtenidos en la población de acuerdo a los correspondientes para cada nivel de estrés, así como las medias obtenidas por género para cada nivel. Con ello, aquellos que se encuentran sin estrés, presentaron un intervalo de puntajes de 23 a 35, obteniendo una media de 31 para las mujeres y 28 para los hombres; por otro lado, los que se encontraron en un nivel de estrés leve, se agruparon en un intervalo de 36 a 42, con una media de 38 para las mujeres y 39 para los hombres; finalmente, el resto de la población se niveló en un estrés medio según la escala, en un intervalo de 53 a 57, y con una media de 53 para las mujeres y 57 para los hombres; . Con todo lo anterior, ninguno de los participantes se encontró en niveles altos ni graves de estrés.

Tabla 2

Resultados por nivel de estrés y por género obtenidos en el Test de Estrés Laboral

Nivel de estrés	Intervalos de puntaje	Intervalos de puntajes obtenidos	Mujeres	Hombres	\bar{X}
			N Puntaje \bar{X}	N Puntaje \bar{X}	
Sin estrés	12-35	23-35	31	28	29
Estrés leve	36-47	36-42	38	39	38
Estrés medio	48-59	53-57	53	57	55
Estrés alto	60-71	---	---	---	---
Estrés grave	72	---	---	---	---

En la primera columna se presentan los niveles de estrés correspondientes al Test de estrés laboral, en la segunda columna se encuentran los rangos numéricos de cada nivel y en la tercera columna los puntajes mínimos y máximos obtenidos en la población, de acuerdo al nivel de estrés correspondiente.

Después, en la Figura 1 se observa el promedio de cada ítem para el Test de Estrés laboral. Así, el puntaje más alto (4.7) corresponde al ítem 4, relacionado con sensaciones de cansancio extremo o agotamiento; seguido del ítem 11 (3.7), el cual refiere a tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana. Respecto a los ítems 1, 2, 3 y 5, estos obtuvieron un promedio de 3.4 puntos, siendo estos: imposibilidad de conciliar el sueño; jaquecas y dolores de cabeza; indigestiones o molestias gastrointestinales; y tendencia de comer, beber o fumar más de lo habitual. Ahora bien, los ítems con menor puntuación fueron el 7 y el 8, que corresponden a respiración entrecortada o sensación de ahogo, y disminución del apetito, con 1.9 puntos para cada uno. Cabe señalar que, el ítem 6 (disminución del interés sexual) tuvo un puntaje de 2.8. De este modo, la puntuación total para el presente test fue de 35.76, que se relaciona con un nivel de estrés leve, de acuerdo con los parámetros establecidos en dicho test.

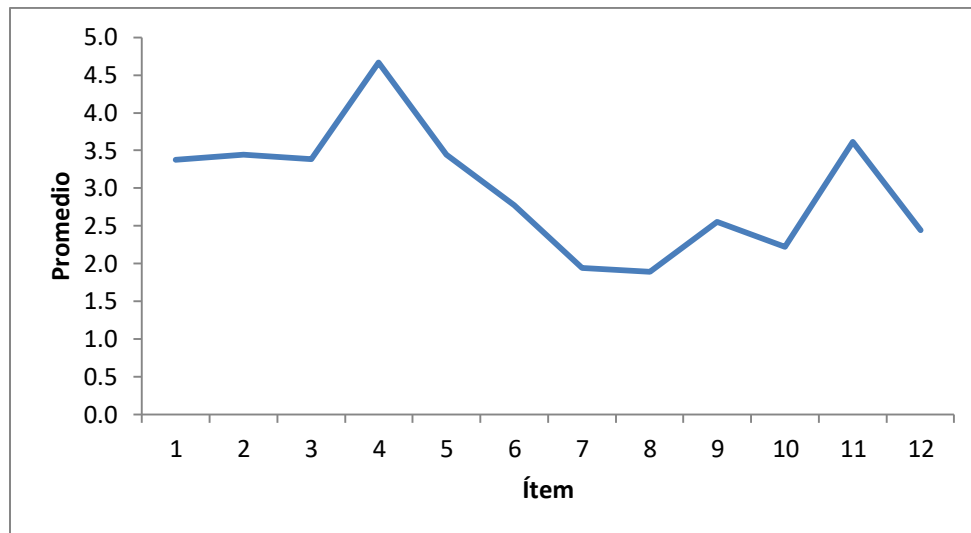


Figura 1. Promedio por ítem, del Test de Estrés Laboral

De igual manera, en la Tabla 3 se muestran los puntajes obtenidos en cada ítem por los Médicos Residentes, para el Test de Estrés Laboral. Asimismo, se señala el nivel de estrés al que corresponden sus puntajes. Con ello, de acuerdo a los resultados arrojados, 10 de los participantes se encuentran sin estrés, mientras que 6 se encuentran en un nivel de estrés leve y únicamente 2 en un nivel medio de estrés. De esta forma, el puntaje promedio de todos los participantes es de 35, lo que corresponde a un nivel de estrés grupal leve.

Tabla 3

Puntaje por ítem para cada participante en Test de Estrés Laboral

Pseudónimo	ÍTEM												TOTAL	NIVEL DE ESTRÉS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Bob	2	2	2	5	2	3	1	1	3	4	3	2	30	Sin estrés
Chicheñol	4	5	4	4	5	4	4	4	1	1	1	5	42	Estrés leve
Chiki	4	4	4	5	2	3	1	1	4	3	6	2	39	Estrés leve
Dr. Cora	2	2	4	5	3	2	2	2	4	2	5	4	37	Estrés leve
Dr. Tablaroca	4	4	4	5	1	4	1	1	2	2	3	1	32	Sin estrés
Erwanche	6	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	57	Estrés medio
Fozz	5	2	6	4	4	2	3	2	2	3	2	2	37	Estrés leve
Kishi	3	2	2	6	6	2	2	2	3	3	6	2	39	Estrés leve
Masteror	5	5	4	5	2	4	4	2	4	6	6	6	53	Estrés medio
Meya	2	3	2	5	3	1	1	1	1	1	2	1	23	Sin estrés
Meyota	1	2	2	6	5	4	1	1	2	1	6	1	32	Sin estrés
Miri	2	5	4	4	3	3	1	2	2	1	1	1	29	Sin estrés
Ojos	5	5	3	4	5	4	2	3	1	1	1	1	35	Sin estrés
Pajarito 69	6	4	2	4	5	1	2	2	3	1	1	1	32	Sin estrés
Princesa sexual	-	4	5	2	3	1	1	2	5	2	4	4	33	Sin estrés
Soffa	1	4	2	6	5	4	1	1	1	1	6	2	34	Sin estrés
Sol	2	2	6	6	2	2	2	2	2	2	6	2	36	Estrés leve
Troyano	-	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	17	Sin estrés

Se presentan los puntajes obtenidos de cada participante en cada ítem, así como la sumatoria de los mismos y el nivel de estrés en el que se encontró cada uno.

Por último, se obtuvo el porcentaje, por género, de los niveles de estrés encontrados en la población. De esta forma, el 60% de la población femenina se encuentra sin niveles de estrés, mientras que el 30% obtuvo un nivel de estrés leve y el 10% estrés medio. Por su parte, el 50% de la población masculina se encontró sin estrés; seguido del 37.5% para un nivel leve y finalmente el 12.5% se encontraba en niveles medios.

Tabla 4
Porcentajes por género en el Test de Estrés Laboral

Género	Sin estrés	Estrés leve	Estrés medio
Femenino	60%	30%	10%
Masculino	50%	37.5%	12.5%

Se presentan, por género, el porcentaje de la población en cada nivel de estrés arrojado en los resultados del Test de Estrés Laboral.

De la misma forma, se presentan los resultados del Test de Vulnerabilidad al Estrés. Al igual que en el Test de Estrés Laboral, se presentan en primer lugar las medias por género, así como los mínimos y máximos puntajes de la población acordes a cada nivel de vulnerabilidad. En este caso, los datos arrojaron un puntaje mínimo de 17 y un máximo de 44 por lo que, de acuerdo a los rangos establecidos en el test, los resultados se agruparon en los niveles “sin vulnerabilidad” y “vulnerable al estrés”, es decir, ningún participante se postuló como en los niveles mayores: “seriamente vulnerable al estrés” y “extremadamente vulnerable al estrés”. Asimismo, las medias correspondientes al primer nivel señalan 25 para la población femenina y 20 para la población masculina, seguidas de 38 y 34 para la población vulnerable al estrés.

Tabla 5
Resultados por Nivel de estrés y por género en el Test de Vulnerabilidad al Estrés

Nivel de vulnerabilidad	Puntaje	Puntajes obtenidos	Mujeres	Hombres	\bar{x}
			n Puntaje \bar{x}	n Puntaje \bar{x}	
Sin vulnerabilidad	< 30	17-27	25	20	22
Vulnerable al estrés	30-49	30-44	38	34	36
Seriamente vulnerable al estrés	50-74	---	---	---	---
Extremadamente vulnerable al estrés	≥ 75	---	---	---	---

En la primera columna se presentan los niveles de estrés correspondientes al Test de Vulnerabilidad al Estrés, en la segunda columna se encuentran los rangos numéricos de cada nivel y en la tercera columna los puntajes mínimos y máximos obtenidos en la población, de acuerdo al nivel de estrés correspondiente.

Posteriormente, en la Figura 2 se muestra el promedio correspondiente a cada ítem en el Test de Vulnerabilidad al estrés. Como puede observarse, las puntuaciones más altas corresponden a los ítems 2, 5, 6 y 11; siendo estos: 7-8 horas de sueño por lo menos cuatro noches a la semana (4.28), ejercicio por lo menos dos veces a la semana (3.78), fumar media cajetilla de cigarros al día (4.78) y asistir regularmente a actividades sociales (3.39), respectivamente. Por el contrario, las puntuaciones más bajas se encuentran en los ítems 10, 13, 14 y 17, que se relacionan con la fortaleza a partir de las creencias (1.61), tener uno o más amigos a quienes poder confiar problemas personales (1.72), gozar de buena salud (1.72) y tener actividades recreativas (1.67). Cabe señalar que los ítems 1 y 7, referentes a la alimentación balanceada y el consumo de bebidas alcohólicas obtuvieron un puntaje de 2 y 3.22, respectivamente. Así, el puntaje total (50.94) para dicho test establece que la población se encuentra seriamente vulnerable al estrés.

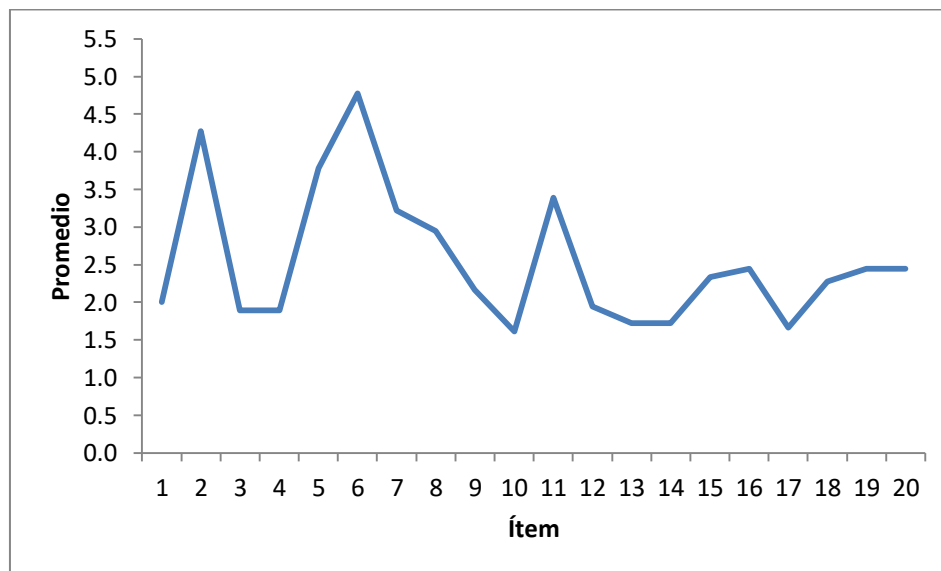


Figura 2. Promedio por ítem, del Test de Vulnerabilidad al Estrés.

En relación con lo anterior, en la Tabla 6 se establecen los puntajes obtenidos en cada ítem por los participantes, para el Test de Vulnerabilidad al Estrés. De igual modo, se señala el grado de vulnerabilidad al que corresponde cada puntaje, obteniendo que 7 de los participantes se encuentran sin grados de vulnerabilidad al estrés, mientras que el resto se encuentra en un nivel de vulnerabilidad al estrés. Así, el puntaje promedio grupal es de 31, colocándose en un nivel vulnerable al estrés.

Tabla 6

Puntaje por ítem para cada participante en Test de Vulnerabilidad al Estrés

Pseudónimo	ÍTEM																				TOTAL	PUNTAJES	NIVEL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
Bob	1	3	2	1	4	5	1	1	3	1	4	2	1	1	2	1	1	1	1	1	37	17	Sin estrés
Chicheñol	3	4	2	4	4	4	3	5	2	1	3	1	1	2	2	3	1	2	3	2	52	32	Vulnerable
Chiki	2	4	2	1	5	5	2	1	1	1	4	1	1	3	2	3	1	3	2	1	45	25	Sin estrés
Dr. Cora	2	4	2	1	4	5	4	1	2	2	3	2	1	1	4	4	2	2	2	2	50	30	Vulnerable
Dr. Tablaroca	1	4	4	1	5	5	5	3	1	1	4	2	1	2	2	5	1	1	1	1	50	30	Vulnerable
Erwanche	1	4	3	1	4	5	5	4	1	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3	59	39	Vulnerable
Fozz	2	5	2	1	1	5	1	2	3	1	3	1	1	1	4	1	1	2	1	1	39	19	Sin estrés
Kishi	2	5	3	2	4	5	5	1	2	2	4	4	4	2	4	2	2	3	1	3	60	40	Vulnerable
Masteror	2	5	2	1	4	4	5	4	4	2	4	2	3	3	2	1	3	3	3	3	60	40	Vulnerable
Meya	3	4	1	1	4	5	3	4	2	1	4	2	1	1	1	1	3	3	4	4	52	32	Vulnerable
Meyota	1	4	2	1	4	5	4	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	2	3	1	41	21	Sin estrés
Miri	1	4	1	1	4	5	3	2	2	1	2	1	1	3	3	3	2	1	4	2	46	26	Sin estrés
Ojos	2	5	2	5	3	5	2	4	3	3	3	1	1	1	4	4	1	3	4	4	60	40	Vulnerable
Pajarito 69	1	4	1	5	4	3	2	5	2	2	4	2	4	1	2	2	4	3	2	5	58	38	Vulnerable
Princesa sexual	4	5	1	2	4	5	4	4	4	3	4	3	3	1	2	4	1	3	3	4	64	44	Vulnerable
Sofía	4	4	1	1	4	5	4	4	2	2	4	2	2	2	1	1	2	3	2	3	53	33	Vulnerable
Sol	1	5	2	1	4	5	1	4	2	1	4	1	2	2	1	3	1	1	5	1	47	27	Sin estrés
Troyano	3	4	1	4	2	5	4	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	3	44	24	Sin estrés

Se presentan los puntajes obtenidos de cada participante en cada ítem, así como la sumatoria de los mismos y el nivel de vulnerabilidad al estrés en el que se encontró cada uno.

Finalmente, la Tabla 7 señala de manera genérica los porcentajes de vulnerabilidad al estrés en los que la población tanto masculina como femenina se encuentran. Así, el 40% de la población femenina y el 40% de la población masculina se encuentran sin

vulnerabilidad al estrés, mientras que el 60% de mujeres y 62% de hombres, respectivamente, se encuentran vulnerables al estrés.

Tabla 7.

Porcentajes por género en el Test de Vulnerabilidad al Estrés

Género	Sin vulnerabilidad	Vulnerable
Femenino	40%	60%
Masculino	37.5%	62.5%

Se presentan, por género, el porcentaje de la población en cada nivel de estrés arrojado en los resultados del Test de Vulnerabilidad al estrés.

Ahora bien, una vez obtenidos los datos estadísticos de cada uno de los test realizados por los participantes, se presenta a continuación desde el método cualitativo, los resultados obtenidos en las entrevistas semi-estructuradas y las sesiones de grupos focales; utilizando (como ya se mencionó con anterioridad), el análisis de contenido, estableciendo las categorías a partir de los ejes establecidos en la guía temática.

4.2. Estrés

4.2.1. Experiencias estresantes en la Actividad Profesional

Para la presente categoría, se tomaron en cuenta a aquellos participantes que comparten, en primer lugar, las actividades más estresantes que han vivido durante su actividad profesional y, en este caso, a lo largo de la residencia. De esta manera, se identifica que para algunos participantes las situaciones de estrés van referidas a la sobrecarga de trabajo, que implica falta de tiempo para las actividades primarias, como el descanso y la alimentación, pacientes conflictivos, no tener establecidos horarios de comida e incluso el hecho de justificar actividades al momento de entregar la guardia, lo anterior es referido por Pajarito 69 y Bob:

Pajarita 69: “A que tratamos con... con comidas, a veces con pacientes muy conflictivos, a una sobrecarga de trabajo, también importante. Principalmente eso.” (S1)

Bob: “Lo más estresante... la verdad es que, el estrés... uno, es el hecho de no descansar, eso es lo que a mí me provoca estrés. El hecho de no tener un horario de comida es otra cosa que me provoca estrés. Y, yo creo que el mayor estrés que sufrimos es estar mal comidos, mal descansados y al siguiente día, durante la entrega de guardia, la agresión... ahora sí que el interrogatorio, el estar justificando a nuestros médicos sobre nuestros tratamientos con los pacientes, creo que ese es el mayor estrés que tenemos.” (S4)

Por otro lado, en el discurso de los participantes se encuentra con mayor frecuencia como actividad más estresante la interacción laboral que llevan con sus superiores, enfatizando el hecho de que las jerarquías se tornan como hostiles y que estas se presentan con mayor frecuencia durante el R1, como se muestra a continuación:

Kishi: “Pues es la carga de trabajo, cumplir más que nada, resolver, ser resolutivos; y aunque uno quiera, a veces pues, de tanto estrés o apenas se está aprendiendo y eres de menor jerarquía, pues es un poquito más difícil, pero a lo mejor ellos piensan que es más fácil.” (S1)

Meiota: “Pues, para mí en la residencia fue cuando era R1 y todos estaban ahí sobres. El paciente, el caso, la guardia, lo cansado o la mala relación entre mis R2, cuando yo era R1; eso fue para mí lo más pesado en toda la residencia.” (S2)

Dr T: “En el R1 el trato de los adscritos. Eran muy estrictos, había mucho estrés por parte de ultrasonido y el de las noches, en el R2 y R3 no hubo tantos problemas, y ya en el R4 más que nada la actitud de los residentes

de menor jerarquía, que disminuyó mucho su calidad, que empezaron a haber problemas con otros servicios, que faltan mucho, contestan, tienen actitudes infantiles; eso más que nada fue como el estrés.” (S2)

Sol: “Pues yo creo que... eso, cuando te llega el paciente, como que ya estás pensando en cómo lo vas a abordar, o ves cómo te llega y dices “ah, trae esto”, pero yo creo que también es al otro día los cuestionamientos de tus adscritos, ¿no?, el justificar cómo lo manejaste, qué le hiciste, por qué, o por qué no. Yo creo que es eso, el cuestionamiento de tus superiores, eso es como lo más estresante, que te puedan llegar a regañar si no lo hiciste, si lo hiciste, que también es parte de todo esto, ¿no?, que ellos nos están enseñando, pero eso es estresante. Si le preguntas a cualquiera de mis compañeros, es eso...” (S5)

Fozz: “Sí. O sea, el trabajo sabemos que es mucha población la que tenemos y somos pocos, realmente en Anestesiología somos muy poquitos para todo el trabajo que hay. Pero no causa tanto estrés como las relaciones que se pueden llegar a tener, tanto con el personal de base como enfermería y los residentes mismos.” (S2)

Asimismo, uno de los participantes reporta que el estrés ha cambiado conforme ha avanzado de nivel en su Residencia, señalando que en un principio las actividades estresantes son el hecho de terminar con los pendientes durante su turno y, conforme incrementa su nivel y jerarquía, la responsabilidad de estar a cargo de los residentes de menor jerarquía es lo que produce mayor estrés:

Masterror: “Al principio, cuando eres R menor, ocupas mucho de sacar tus pendientes y de sacar lo más que puedas para que nada se te vaya o se te complique, y conforme vas avanzando y ahorita que, por ejemplo que yo ya estoy en el punto máximo, te ocupas más pero porque no regañen a tus compañeros que son menores, o que lo que tú hiciste (...) como ya

eres el de más jerarquía tienes más responsabilidad, porque aparte de que tienes que estar a cargo de internos, de estudiantes y de R's menores, tienes que ocuparte de que tienes que enseñarles algo al menos durante la guardia, de que en ningún paciente se te vaya algo muy importante o no dejar pendientes muy muy importantes y que trates de cubrir todo, porque al otro día entregas y se pueden ir un montón de cosas.” (S1)

Por su parte, sólo uno de los participantes mencionó que las actividades que generan mayor cantidad de estrés tienen que ver con el ejercicio médico a los pacientes. De esta forma, señala que el hecho de intervenir con un paciente saludable genera estrés ante la posibilidad de una complicación durante su intervención, resintiendo la responsabilidad como médico de la vida del paciente:

Princesa sexual: “Yo creo que de los momentos más críticos es cuando tienes un paciente grave, sabes que va a ser difícil y eso es todo lo que te concierne y lo que debes de hacer, eso ya es estresante por una parte, pero cuando un paciente sano, que teóricamente todo va a salir bien, se complica, yo creo que ese es el momento más estresante para mí, porque obviamente cuando se complica, sabes que tiene que salir perfectamente bien porque tú tienes su vida en tu mano, eso es lo más importante.” (S3)

De igual manera, otro de los participantes menciona que, entre los factores más estresantes, se encuentra la falta de apoyo administrativo dentro del servicio en el que se encuentra, así como la presencia de autoritarismo sin fundamento por parte de sus superiores:

Chicheñol: “Ha habido mucho descontento tanto entre los mismos compañeros, como con los médicos adscritos; no ha habido el suficiente apoyo para concluir trámites, sobre todo con lo de la tesis, el siguiente paso que es la subespecialidad... como que encuentra uno muchos topes, en vez de apoyarte “sí, ve a hacer tus trámites y vuelves”, no; o sea, no

puedes pedir permiso para todo, hay mucho trámite burocrático dentro del servicio, no tanto aquí en Enseñanza, sino en el mismo servicio.... mucho autoritarismo también, “se hacen las cosas porque yo lo digo”, si un fundamento bien establecido, o bien sustentado en bases bibliográficas.”

(S6)

Otro participante señala que, además de la ya mencionada carga excesiva de trabajo y el mal clima laboral, prepondera la falta de valor que se le reconoce al médico en su trabajo, enfatizando que el trabajo en sí mismo sobre el paciente no es lo más estresante, sino la carga emocional que produce esta falta de reconocimiento:

Ojos: “El mal ambiente laboral que hay, la carga de trabajo excesiva y más que nada, el abuso y poco valor que le dan al trabajo que hacemos y que, pues al final de cuentas, eso sí repercute, porque hay un ambiente laboral demasiado malo que yo creo, y siempre les he comentado a ellos, que el estrés que sentimos no es tanto por la carga de trabajo, porque nos han enseñado a manejar el estrés en cuanto al paciente, en cuanto al trabajo... sino que es la carga emocional que crea el conflicto constante de múltiples situaciones que suceden, yo creo que en específico en nuestro servicio.” (S8)

Con todo lo anterior, se puede observar que existen diversas situaciones que a los médicos residentes les genera estrés en el ámbito profesional. Sin embargo, prepondera como actividad estresante la interacción que hay entre las diferentes jerarquías de la residencia más que la falta de tiempo y descanso, así como una alimentación adecuada. Por otro lado, destaca el participante que hace mención a la preocupación ante posibles complicaciones en la intervención de un paciente, denotando como factor de estrés la responsabilidad de la vida del paciente.

4.2.2. Relaciones con el personal hospitalario

Ahora bien, dentro de la misma categoría, se identificó en el discurso de los participantes que uno de los factores más representativos y frecuentes dentro del ambiente hospitalario, es la interacción que se presenta con el resto del personal de salud. En este sentido, dos de los participantes mencionaron que, independientemente de los malentendidos que se puedan presentar con médicos de mayor jerarquía el trato dentro del círculo médico es mejor que con el personal de otras áreas dentro del hospital:

Kishi: “Al menos dentro del círculo médico mejor que dentro de otras áreas, a lo mejor porque nos tenemos más confianza, nos entendemos más entre nosotros, pero si vamos a otras áreas de enfermería o algo así, a lo mejor no tanto.” (S1)

Asimismo, de los aspectos identificados como estresantes en cuanto a las relaciones entre el personal de salud, se encontró mayor frecuencia en el trato que brindan los médicos de mayor jerarquía (tanto médicos adscritos como residentes de mayor nivel) a los médicos de menor jerarquía. Así, se menciona el hecho de que se enfocaban únicamente en lo que pudieran hacer mal para molestarlos, así como interrogarlos intrusivamente sobre los procedimientos que ejecutaban en los pacientes, el hecho de que nunca quedaban satisfechos y enfatizaban los defectos que pudieran tener los de menor jerarquía:

Meiota: “Que no era como algo educativo, era más bien como ver qué hacías mal para molestarte sobre eso. Era como ver qué era lo que hacías mal y ahí estar.” (S2)

B: “Exacto, yo creo que sí hay muchas otras formas que se pueden emplear para tratar de evitar eso. Y así no crearnos estrés, porque si eso pasó el primer día que nos quedamos, el siguiente día nuevamente, y el tercer día nuevamente... es una cosa que inicialmente, pues nosotros en nuestro primer día de residencia no sabemos prácticamente muchas cosas,

para eso estamos haciendo una residencia. Entonces, cuando entregamos... “¿por qué no hiciste esto?”, “¿por qué no pensaste en eso?”, pues porque no lo sé todavía. Entonces, sí son situaciones estresantes...” (S4)

OJ: “Por médicos de base, por otras autoridades, pero... sí, el conflicto constante de que a pesar de que dábamos nuestro máximo esfuerzo y los apoyábamos como en todo lo que nosotros considerábamos que era lo importante, yo creo que fuimos responsables, fuimos trabajadores, fuimos... dentro de nuestra responsabilidad, hacíamos lo correcto, como que nunca fue suficiente, y ellos siempre buscaban como el defecto en todo lo bueno que podíamos hacer. *TR:* O de flojos no nos quieren bajar...” (S7)

Por otra parte, tres de los participantes señalaron que, además de los conflictos con médicos de mayor jerarquía, se encuentran también los malentendidos con los de menor jerarquía. De este modo, mencionaron que si pretenden marcar disciplina a sus médicos de menor nivel, comienzan a etiquetarlos de autoritarios, machistas e incluso tomar la interacción como un acoso laboral:

Erwanche: “Pues yo, por momentos también tuve momentos difíciles. En el R2, hubo conflictos con un adscrito y con algunos residentes de mayor jerarquía y se me señaló, se me atacó mucho durante el R2. R1 y R3 no tuve mayor problema, el R4 con las residentes de menor jerarquía. Mientras no se les marcaba la disciplina todo era paz y felicidad, cuando se les empezó a marcar fue cuando ya no les gustó y empezaron a atacar, empezaron a decir que éramos autoritarios, que las estábamos acosando laboralmente... muchos problemas; entonces, en términos generales fue eso.” (S2)

Fozz: “Yo soy de su sede. En mi R1 no tuve superior, yo creo que eso fue una ventaja y fue en Mérida, el ambiente allá es mucho menos hostil que el ambiente que se vive aquí. En el cambio a R2 sí se sintió esa hostilidad

tanto de los R's mayores como de los médicos adscritos. Comparaciones con los residentes que son de casa, hostilidad de que algunos consideraban que era inferior en algún momento dado, en grado académico, y de habilidades. En el R3 igual, los problemas con los R1, que cuando se marca un poquito la autoridad pues empiezan a decir que somos autoritarios, que el ambiente está muy feo, empiezan a abusar.” (S2)

Dr. T: “Por ejemplo, ir al comedor y llevarse las charolas a la residencia, pelearse con los vigilantes del comedor y que yo fuera a disculparme con la jefa de comedor, entre otras cuestiones. También que nos dejen de dirigir la palabra, que nos acusen de que somos machistas, que los discriminamos por ser mujeres, por ser colombianos.” (S2)

Ahora bien, como contraste, cuatro de los participantes verbalizaron que la relación con el personal de salud, ya sea de mayor o menor jerarquía, o bien de diferente área; se tornaba como buena, respetuosa, señalando un ambiente laboral tranquilo y carente de conflictos. Por su parte, uno de los participantes señaló que incluso la relación se identifica como familiar:

El cora: “La relación en el servicio en el cual yo estoy, pues es respetuosa, responsable, la mayoría ya tenemos una especialidad y saber a lo que venimos, a hacer la especialidad porque es el extra y, pues ya tenemos unas bases de la responsabilidad que tenemos hacia con nuestros mismos compañeros adscritos y hacia con los pacientes. Una responsabilidad que implica horas de entrada, de salida, lo académico, nuestras clases, el respeto hacia nuestros compañeros, realmente el ambiente que manejamos sí es tranquilo, considero.” (S1)

Fozz: “En mi caso es normal, o sea igual, no hay ningún conflicto en ese aspecto. Es un ambiente cordial, sobre todo con mis residentes, no creo que haya habido algún caso así, esa es mi perspectiva.” (S2)

S: “Bien, buena... Pasas tanto tiempo con ellos que, realmente llega un punto en el que, no los ves como familia, obviamente, ¿no?, pero sí los aprendes a conocer, qué les gusta, qué comen, cómo son, cómo manejan el estrés incluso; los vuelves como tu segunda familia, sin querer. Y creo que las relaciones, si no son muy buenas, creo que no soy conflictiva, no peleo... no, realmente soy como más introvertida, y sólo suelo decir cuando de plano hay algo que me está incomodando, lo digo. De ahí en fuera, creo que son buenas las relaciones.” (S5)

Sin embargo, uno de los participantes señaló haber sido víctima de acoso por una médica adscrita, mencionando que ante la no correspondencia, se le comenzaron a introducir castigos sin fundamento, llegándolo a tomar como represalias personales:

CH: “Meses previos tuve, he tenido como cierto acoso con una compañera adscrita, mujer... yo siempre he, nunca he brincado la línea de respeto, pero como yo me negué a ciertas cosas, a salidas, invitaciones, su forma de tratarme se hizo un poquito más personal, los castigos fueron más personales; ella no tiene relación con Enseñanza, ella únicamente llega, trabaja en sus horarios y se va. Pero sí me castigó por cosas que yo no hice, o sea; faltando igual pendientes, algún estudio, y me hizo quedar igual tiempo extra e incluso al otro día llegar más temprano y presentar al paciente... cosas así.” (S6)

Así pues, las relaciones que existen entre los médicos residentes entrevistados y el resto del personal hospitalario es diversa ya que, si bien algunos participantes mencionan que la gran cantidad de tiempo que pasan juntos favorece las relaciones sociales, otros señalan que el ambiente puede tornarse hostil, lo cual se manifiesta en mayor medida entre jerarquías, exponiendo sus inconformidades tanto de los médicos de menor rango hacia sus superiores como en viceversa. También se identifica, en menor medida, las malas relaciones que tienen con el resto del personal hospitalario, ubicando enfermería como ejemplo. De esta forma, las relaciones que se dan entre el personal hospitalario presentan una gran carga de estresores entre los médicos residentes, identificando como área de

oportunidad las habilidades sociales y asertivas entre el personal de salud, desde la perspectiva de los médicos residentes:

4.2.3. Repercusiones en la vida personal por estrés

Ahora bien, otra de las categorías presentadas son las repercusiones por el estrés laboral en la vida personal, fuera del hospital, de los participantes. En este caso, se identificaron una serie de factores en común que se manifiestan como consecuencia de la demanda y los factores estresantes que se viven en el ambiente hospitalario.

Por una parte, los participantes mencionan que el cansancio, el sueño, etc., repercute negativamente en su estado de ánimo cuando se encuentran fuera del hospital, obteniendo como consecuencias poca tolerancia, poca paciencia, malas relaciones familiares y/o sentimentales, que a su vez refuerzan la sensibilidad y la fatiga de los participantes:

Erwanche: “Que no puedo dormir, y eso repercute en todo: estar de mal humor, no disfrutar, estás como zombi todo el día y necesitas tomar mucho café. Pues repercute en todo.” (S2)

Meyota: “Yo creo que sobre todo cuando estás cansado, estás como muy sensible, reactiva; y sí, de repente pues que te peleas con la mamá, con el novio o así, pero nada... o sea cosa de comer algo y descansar tantito; pero algo así muy grave considero que no.” (S2)

B: “Uno lo que crea es un coraje, es un enojo, uno ya no se siente con tanta energía por las mañanas, lo que uno quiere es que se pase rápido el día, uno como persona... claro, afecta en todas las demás esferas. En las relaciones personales creo que es donde se evidencia más, con la familia, con la pareja, creo que todos esos problemas también si uno no sabe canalizarlos, malamente con la persona que uno más quiere, que es con la que está más abierta a veces a escucharnos, es con la que nos desahogamos, es a la que le transmitimos la mayor parte de esos

problemas, y nuestra paciencia, nuestra tolerancia, creo que la consumimos mucho dentro del hospital, y cuando estamos afuera, ya cualquier cosa... creo que rápidamente nos molesta, y nos volvemos poco tolerantes.”

Por otra parte se hace mención del distanciamiento que se produce con la familia, los amigos, la pareja, etc., debido no sólo al cansancio, sino a la falta de tiempo de convivencia, tanto por la demanda laboral como por el hecho de pretender recuperar horas de sueño, generando pensamientos disfuncionales en cuanto a su identidad al señalar que antes de ser médicos eran amigos, hijos, novios, etc., y que la demanda hospitalaria lo desprende y lo personaliza únicamente como médico:

B: “Con la familia, igualmente, uno como tiene tantos problemas en el hospital, a veces lo menos que quiere es tener más problemas, y si en casa mi papá, mi mamá, mi hermano, quien sea, tiene algún problema, o hay un problema en casa, lo que menos quiere uno es involucrarse más. Entonces, eso mismo provoca un distanciamiento con la familia. Igualmente, lo que comentaba... uno quiere estudiar, quiere no ser humillado, quiere responder bien, entonces... todo eso, a uno lo consume el hecho de estar pegado a los libros, el hecho de estar estudiando, el hecho de... Ya no se relaciona con los amigos, ya no se relaciona con la familia, prefiere estudiar, prefiere esa situación, para no tener más conflictos en el hospital. Y bueno, se va volviendo un círculo vicioso, y realmente no vemos que para tratar de disminuir el estrés es precisamente salir con los amigos, platicar con la familia, salir con la pareja, como que no nos damos un tiempo para pensar, analizar toda esa situación, sí estamos muy enfocados en el hospital, queremos ser buenos médicos, queremos ser los mejores, queremos... entonces, es esa situación que como personas nos vamos olvidando de lo que sentimos, de lo que pensamos, de nuestra vida fuera del hospital. (...) La familia, claro, claro que uno deja de asistir a las fiestas, deja de asistir a las bodas, bautizos,

cumpleaños, todo... A los amigos también, uno deja de frecuentarlos. Con la familia, me ha tocado que mis papás me dicen “¿sabes qué?, esto te ha cambiado mucho. Quiero que si estás aquí un día, quiero que esté el hijo que no es médico”, y creo que eso es algo duro para uno, porque para uno ser médico es todo, realmente, y malamente porque, antes de ser médico, antes de estudiar esto éramos hijos, éramos amigos, éramos novios, y dejamos de ser todo eso cuando estamos acá; nos olvidamos de nuestra vida, como decía, nos olvidamos de nuestra vida previa, de nuestra vida fuera del hospital. Y sí, los reclamamos son todos los días...”

(S4)

Particularmente manifiestan que las relaciones familiares afectan significativamente, ya que el hecho de permanecer tanto tiempo en el hospital tiene como efectos el que ya no sean invitados a reuniones familiares, que ya sean participes de las charlas o que simplemente los familiares den por hecho que no llegarán a casa; lo que trae como consecuencia estados emocionales como tristeza:

S: “Pues en cuanto a lo afectivo, pues no estás en casa para empezar, ¿no? No estás con ellos, llega un punto en el que ya ni te invitan a las reuniones, porque “ah, no va a venir”, “tiene guardia de seguro”, o ya no te cuentan, llega un punto en el que ya no te cuentan... eso en cuanto a la familia, y aunque lo comprenden, pues realmente es como, siempre falta que estés ahí, ¿no? Y amistades igual, hacen reuniones y no vas, porque justo es el sábado que tienes guardia, ¿no?”

S: “Mmm, pues... por el tiempo, que les comentaba que casi no los veo, a veces llego y ellos salen, o literal yo estoy de guardia, entonces me levanto un sábado para venirme a las 7, y ellos se quedan durmiendo obviamente, y se van a desayunar, se van a comer, al cine, y tú no estás ahí. Pero de que repercute en mí eso, en el estrés, pues sí, sólo como les dije, sí me llega a pegar cuando me dicen “ay, tú no estás”, o “ya ni te

dijimos porque tenías guardia”, eso... tal vez en lo emocional que sí te llega a pegar; que ya no me cuenten nada, o que sepan que nunca estoy, pues sí te pega así como... no puedes hacer otra cosa, definitivamente a tus guardias no puedes faltar. Pues me deja pensando, un poco triste, y en pensar que a lo mejor ya cuando no haga guardias, podría recuperar ese tiempo.” (S5)

De igual manera, uno de los participantes señala no sólo repercusiones sociales y anímicas en sí, sino manifestaciones orgánicas que comprometen ya su salud física, mencionando hipertensión arterial, cuadros migrañosos frecuentes, fatiga en general, etc:

CH: “Pues he estado revisando, tomándome la presión arterial y ha estado muy elevada, inclusive he empezado tratamiento; me he estado haciendo estudios de sangre, han salido normales... y me imagino, quiero pensar, que es en parte por el estrés. Los cuadros migrañosos han sido más frecuentes, antes eran una vez al mes y ahorita son una vez cada semana o una vez cada quince días... la fatiga ha sido muy importante, he estado llegando a su casa a dormir únicamente, me despierto en las madrugadas a estudiar o a terminar mis trabajos pendientes.” (S6)

CH: “Pues hasta eso no mucho, sí repercute pero no en la totalidad, solamente en la fatiga... siempre estoy cansado, siempre tengo sueño, siempre me preguntan al otro día que si estoy de postguardia, les digo que no, que estoy de preguardia, sí me ven fatigado, el apetito igual ha disminuido, como una vez al día, mi ingesta de café también ha aumentado, de tomar una taza me puedo tomar hasta un litro de café, o litro y medio, tomo café en la mañana, a medio día, en la tarde y en la noche... y aún así no me quedo despierto, termino y me duermo luego luego. Tuve problemas igual con mi novia, decidimos terminar, para no tener más estrés porque pues ya no podía verla, entonces decidí terminar. Y pues prácticamente eso, principalmente eso. En lo sexual obviamente

también, ¿por qué?, por el estrés, eso sí, siempre... a mí me afecta mucho el estrés.” (S6)

El desgaste emocional es un factor también encontrado, producto de los conflictos en el ambiente hospitalario que generan mal estado de ánimo, falta de conciliación del sueño y las relaciones sociales, teniendo en cuenta que el estrés generado en el hospital acarrea mal humor, conductas de agresividad con otras personas (seres queridos, principalmente), etc:

OJ: “Sí, a mí mucho. La verdad es que el desgaste emocional que llevaba de aquí, pues sí me lo llevaba a mí casa y sí llegaba de mal humor, como no sé, muchas emociones negativas, aunque no quisiera, las llevaba a mi casa y era así como pleitos con todos... no estabas bien en ningún lado, y era como de todos los días, problemas aquí en el hospital. Entonces sí, a mí en lo personal sí me afectó mucho... en el sueño, ánimo, las cosas en pareja, todo, todo, todo.” (S6)

TR: “Yo creo que, siempre el llevarte estrés a la casa influye y, pues sí, o sea, uno siempre anda irritable, anda molesto, porque a veces tú no puedes sacar acá lo que realmente quisieras decir o hacer, entonces te lo tienes que guardar y a veces, digo, las personas que no lo merecen, que son nuestra familia, que nos tienen más confianza y nos apoyan, es a veces con los que nos desquitamos (todos asienten con la cabeza), que no tienen nada qué ver, porque pues como uno ya va molesto, tantito te hacen un comentario y pues explotas. Digo, está mal pero pues en algunas ocasiones así me ha llegado a pasar, y últimamente creo que ya he aprendido a dejarlo a un lado, pero en algún tiempo, sobre todo en primer año y todavía segundo año, era más común este tipo de situaciones. Incluso, digo, yo creo que fuera de acá, muchas veces uno llega muy contento, muy feliz al hospital y aquí es cuando te empiezas a molestar, empieza a haber... eso bien que venías, aquí a veces termina haciendo

como que empeore, que eso bien se vaya transformando en un mal carácter.” (S7)

Con lo anterior, la vida personal representa un factor preponderante en los médicos residentes, de tal manera que la carga excesiva de trabajo, el tiempo prolongado en hospitales y el estrés generado; repercute negativamente en los médicos. Así, consideran que las principales afecciones en la vida personal son en la falta de convivencia familiar, social, afectiva, anímica y orgánicamente.

4.2.4. Formas de afrontar el estrés

Ahora bien, otro de los factores a considerar, es la forma en la que el personal médico afronta las situaciones estresantes, tomando en cuenta cómo el quehacer médico y los factores ya mencionados que les generan mayor cantidad de estrés. De esta forma, se identificaron diferentes formas de afrontamiento en cada participante, en este caso, uno de ellos menciona que la forma en la que sobrelleva las situaciones estresantes es canalizarlo hacia la funcionalidad para actuar con los tratamientos y las intervenciones a los pacientes, trasladando la adrenalina que le produce al aprendizaje que le genera atender pacientes:

Meya: “El servicio de Pediatría es estresante, en el sentido de que somos muy pocos residentes a cargo de muchos servicios a la vez, entonces eso sí nos ha causado mucho estrés a eso. Pero, desde mi punto de vista, el tener pacientes muy graves en una terapia intensiva, más estar sin adscrito, con adscrito, con muchos pacientes; me gusta, me presiono a estar más atenta, sí es un estrés fuerte, pero pues considero que sí lo canalizo hacia concentrarme en el paciente, estar apegado a él aunque esté sola y aunque esté muy grave, en ocasiones no sabes qué hacer o a quién recurrir, pero está ahí y aprendes muchísimo, en esos momentos de estrés y de adrenalina es donde más hemos aprendido todas y pues, sí es un estrés bonito y es a lo que vienes, a aprender. Entonces, no me causa mucho problema.” (S2)

Por otro lado, otro de los participantes menciona que, como forma de afrontamiento, no toma las cosas de manera personal, interpretando la interacción con médicos de mayor jerarquía como retroalimentación positiva para su aprendizaje, así como comprendiendo que no todas las personas canalizan el estrés de la misma manera. Asimismo, menciona que, teniendo en cuenta lo que no le parece de sus superiores, no lo replica con los residentes de menor jerarquía, propiciando un ambiente de enseñanza y comprensión:

Bob: “Bueno, en cuanto a eso yo creo que, uno... es la persona que puede modificar eso, tratar de tomarse las cosas no personales, eso es lo primero que yo he hecho para tratar de sobrellevar esto. De verlo como si fuera una retroalimentación positiva, tratar de verlo de otro modo, ver el hecho... de comprender a las otras personas, que quizá no tienen la educación, quizá no tienen la inteligencia, a lo mejor no tienen los recursos, no tienen otras herramientas, no han analizado otras opciones en las que te pueden hacer ver esas situaciones. Uno es eso, el tratar de no tomar las cosas personales. Otro, tratar de yo modificar eso, con las personas, con los residentes de menor jerarquía, tratar de modificarlo, tratar de que se sientan seguros, formar una zona de confort para tratar de que no se haga un círculo vicioso con las situaciones de estrés. Y si alguien está en esa situación, que está entregando guardia, si lo veo estresado, tratar de ayudarlo a que su estrés sea menor, tratar de sobrellevarlo...” (S4)

También, se identificó en el discurso de otro de los participantes la anticipación de la carga de trabajo como forma de afrontamiento, mencionando que, con el fin de evitar regaños, prepara sus actividades médicas y académicas en tiempo y forma, con el fin de tener las cosas bajo control y de esta forma disminuir los niveles de estrés. Aunado a ello, agrega el hecho de generarse pequeños lapsos de tiempo recreativos, como comer, escuchar música, convivir con sus compañeros e incluso generar chistes con referencia al ambiente hospitalario:

Sol: “Pues igual, si saben que al otro día nos van a regañar, se ponen a preparar la entrega, ¿no?, para que no los regañen, y eso de cierta forma les disminuye el estrés, el estar todos preocupados. Y en mi caso, pues igual, tratar de tener todo bajo control, si se puede... no siempre vas a poder a tener al paciente pues súper bien, ¿no?, porque hay paciente que desgraciadamente no los alcanzas, y los entregas mal aunque tú no quieras, pero... creo yo que, tratando como de ir entregando bien, creo que disminuye tu estrés, porque ya no es lo mismo que te estén al otro día preguntando y tú “chin, eso no lo hice”, tratar de tener todo bajo control para que no haya eso, controlando un poco la situación. Y de técnicas, pues música, comer algo en la guardia, hacernos como un break de “ah, hoy hay alitas, vamos”, o... si nos da tiempo, ¿no?, porque a veces compramos la comida y ahí se queda, o sea, se puede enfriar, no sé, pedimos hamburguesas y pues no, ya queda todo frío, pero así las cenamos. Pues, darnos así como pequeñas escapaditas, comer, música, cotorrear entre nosotros, del paciente incluso, o sea, no burlarnos, sino que nos de gusto que el paciente vaya evolucionando bien y hacer uno que otro chascarrillo, pues así es como se van las guardias.” (S5)

En la presente categoría se aprecian las diferentes formas de afrontar el estrés de los médicos residentes. De esta forma, se identifica principalmente el canalizar el estrés manifestado en un adecuado manejo del paciente, tomar los regaños de superiores como retroalimentación para su formación profesional, o bien, generar periodos cortos de tiempo destinados a la recreatividad:

4.2.5. Repercusiones por estrés en las relaciones de pareja

Otro punto a considerar, acercándose así al factor de la sexualidad, son las repercusiones generadas específicamente en las relaciones de pareja. De esta forma, se distinguen dos dimensiones: por un lado, cuando ambos ejercen la medicina, y por el otro, cuando la pareja no es profesional de la salud. Es así que las problemáticas difieren en función de ello. En

este caso, una de las participantes reporta que su pareja también es médico residente, por lo que la comprensión que presenta ante las demandas de querer dormir, de no poder verse, son mayores. Por su parte, otro de los participantes agrega que, aunque presenten otro tipo de factores como el hecho de ser padres y la falta de acuerdos; el hecho de ser médicos favorece el entendimiento en cuanto los estresores laborales:

Kishi: “Pues creo que bien, porque también es residente, entonces pues entiende un poco cómo es esto, la pos-guardia y el querer dormir, que no podamos vernos porque tengo guardia, cosas por el estilo. Yo también entiendo si él a lo mejor no puede contestar, estamos cansados los dos o casi no nos vemos pero en ese aspecto sí nos entendemos. Luego yo le platico sobre tal cosa, sobre el paciente, etc. Creo que si es médico, nos entendemos un poco más en esto.” (S1)

Meya: “Pues sí, inevitablemente tenía que afectar, por el hecho de estar aquí metida tanto tiempo, pero mi pareja también es médico, entonces como que nos entendemos ese punto: “yo estoy ahorita harta, agotada” - “te doy tu espacio para que te alivianes y ya otra vez”; y pues obviamente hay peleas, pero nada que no se pueda arreglar. (...) Sí, yo... 36 horas despierta y quiere salir al cine, pues le digo que no quiero salir al cine, o sea desde cosas simples hasta... tengo una hija, entonces ahí es importante el coordinarnos los tiempos de cuidarla y de estar al pendiente con ella, con las necesidades que tengamos sobre ella... llegar a un acuerdo de pronto es complicado.” (S2)

Sin embargo, en el discurso de otros participantes se identifican aspectos negativos en la relación de pareja cuando ambas partes ejercen la medicina. En este caso, uno de los participantes menciona que el hecho de observar que durante el R1, a su pareja le iba bien, mientras que el participante se desenvolvía en un ambiente hostil, por lo comenzó a manifestar conductas negativas, como quejarse con su pareja por dicha condición. Por su parte, otro de los participantes señala que su pareja radica en otro estado de la república,

por lo que el tiempo ha influido negativamente, pasando hasta 6 meses para que puedan verse:

Meyota: “Pues, en el R1 tenía un novio y éramos felices, pero él iba así como muy bien en su residencia y todos eran muy amables y a mí mi R1 fue como muy hostil. Entonces, yo como que me hice como muy negativa, me quejaba mucho o lo veía a él y le decía que me trataban súper mal, entonces como que él estaba en una parte muy bonita de su vida. Entonces, yo creo que en ese momento sí afectó muchísimo la residencia. Después hubo otra relación, y pues sí, también afectó en que yo ya tenía menos tiempo porque estaba de guardia o pos-guardia y estaba muy cansada; entonces estaba aquí ocupada, sobre todo por el tiempo.” (S2)

Erwanche: “Pues en lo personal a mí sí me ha afectado porque mi esposa también es médico y está en su residencia en Morelia, entonces no nos vemos. Sí nos ha afectado, nos vemos una vez cada 6 meses.” (S2)

Como se mencionó anteriormente, otro de los aspectos identificados dentro de las repercusiones en las relaciones de pareja son aquella en las que las mismas no son parte del contexto médico. En este caso, siete participantes mencionan que tras la falta de comprensión por parte de sus parejas debido al tiempo excesivo e permanencia en el hospital, la importancia que se le da al mismo; así como la baja tolerancia, el mal humor, el enojo, cansancio y el bajo estado anímico y físico en general, a causa del elevado nivel de estrés, tuvieron como consecuencia, en un principio, distanciamiento y aumento en la frecuencia de discusiones, y finalmente el término de la relación:

PS: “Bastante. Tenía una pareja como de unos 10 años, 7 más o menos. Obviamente él no es médico, tú entras a la especialidad, tu vida cambia, horarios cambian... él es ingeniero, entonces, obviamente no sé puede entender. Tanto así que una relación se supone estable, de tanto tiempo no

se mantuvo, porque obviamente siempre era: “es que siempre tú y tu hospital”; y pues sí, primero mi hospital, entonces pues no, no se pudo. ¿Por qué?, porque primero, para los dos, eso sí, tal vez a lo mejor fue un error, pero para los dos fue primero el desarrollo profesional y él me decía que tenía una junta a tal hora y yo le respondía que lo veía después de una cirugía, que después ya no pude salir porque se complicó. Entonces: “pero me dijiste que salías antes” – “pues sí, pero es un paciente, no me puedo ir”. Entonces, la diferencia de que yo él se salga a tal hora y quiera verme... pues yo no me puedo salir. Entonces, eso sí afecto mucho, tanto así que pues... se quebró.” (S3)

CH: “No, no tuvo nada que ver con el ámbito sexual. Fue porque era muy demandante de mi tiempo, y yo no podía ofrecerle el tiempo que ella necesita, entonces hubo mucha discusión y roce por lo mismo. Ella no es médico, entonces no entiende, hasta cierto punto, lo que es la pos-guardia, el tiempo que estoy en el hospital, generó muchos celos... fue el hecho de que conviva con otras mujeres, con compañeras, adscritas, yo le comenté esta situación; ella se frustraba con el hecho de que yo no podía modificar nada, confió en mí, creo yo, pero aún así generaba discusión. Y para no sumarle más problemas, mejor decidí que cada quien por su lado.” (S6)

OJ: “Pues yo... terminé con una relación de 8 años, en un momento de estrés, en este maldito hospital. Por múltiples situaciones, o sea, como que el hecho de que yo no me encontrara bien, sí hizo que no tolerara ya cosas que ya por 8 años eran como normales, y pues sí, tuve una ruptura hace como 8 meses. (...) Sí, fue como común acuerdo por múltiples... o sea, porque ya era, como que mi nivel de tolerancia ya era demasiado bajo, por todo el estrés que yo ya tenía de acá, el mal humor y todo, entonces pues ya era como llegar a la casa y pleitos, pleitos, pleitos, entonces pues ya no era sano. Y ya, fue como común acuerdo y terminamos.” (S7)

CH: “Pues yo ya vivía con mi pareja, ya llevábamos 4 años bien, nunca tuvimos problemas, siempre nos entendimos muy bien, y nos fuimos a vivir juntos cuando yo entré al R1. Entonces él, a pesar de que sí lo intentó mucho, muchas veces, mucho tiempo, nunca me pudo comprender el nivel de estrés, de ansiedad, frustración que yo tenía; entonces yo llegaba a la casa y pues siempre llegaba enojada, llegaba tarde, llegaba con hambre. Y, a pesar de que nunca peleamos, ninguna discusión ni nada, pues yo sí fui notando que pues él no era feliz, o sea, se empezó como a distanciarse un poco, y pues yo me la pasaba llorando, entonces me decía “ya no sé qué hacer, o sea, llegó, te apoyo y lloras”, o “llego, no te apoyo y lloras”, y a partir de ahí fue que me empecé a dar cuenta que él no estaba feliz. Y ya, fue una discusión, bueno es que no, ni siquiera peleamos, por eso lo odio porque no puedo odiarlo porque no fue malo conmigo. (...) Pero pues ya, llegamos al acuerdo de que pues no, él no me iba a poder entender mi nivel de estrés, y que tampoco tenía por qué hacerlo, a fin de cuentas la decisión de entrar aquí pues fue mía, y pues decidimos que cada quién mejor por su lado estaba mejor, y ya... él se fue y yo me quedé aquí.” (S7)

MI: “Pues para empezar, él no era médico, ¿no? Entonces, lejos del estrés, los horarios, y todo, lo teníamos en canales muy diferentes, y... ya relacionado al estrés, pues como les decía, mi enfoque era más bien como aislarme; hasta el punto en que si teníamos ya días sin hablar, la primera vez que me di cuenta llevábamos 10 días sin hablar, y realmente yo no me daba cuenta, entonces como que así se fue terminando todo, como lentamente, y sin hacernos daño, pero previamente eran peleas todo el tiempo, porque pues yo no tenía tiempo, o estaba cansada, o llegaba con sueño, o él tenía tiempo y yo tenía guardia. O sea, cosas así, ¿no? Pero realmente, al momento en que se deterioró todo, fue por eso, ¿no?, yo no me daba cuenta, por todo lo que tenía que hacer, que ya llevábamos mucho tiempo sin hablar, sin vernos, y así, se terminó de una manera cordial.” (S7)

La presente categoría presentó, en los discursos de los participantes, dos líneas polarizadas, por una parte se identificó que las parejas de los participantes que también practican la medicina, aun con distanciamiento, mantienen relaciones más solidas que aquellos que se dedican a cualquier otra profesión fuera del ámbito de la salud, ya que todos los participantes que señalaron haber tenido una pareja mencionaron que terminaron con estas luego de la demanda temporal y de trabajo en sus respectivas residencias. Lo anterior brinda la apertura para ahondar en la esfera sexual de los médicos residentes, identificando cómo la viven y cómo esta se ha visto modificada durante su formación profesional:

4.3. Sexualidad

4.3.1. Significados de sexualidad

Con el fin de ahondar en cómo los médicos residentes viven su sexualidad, en la presente categoría se les preguntó a los participantes cuáles eran los significados que tienen cada uno de ellos sobre el concepto de sexualidad. Con ello, se presentan a continuación algunas de las respuestas obtenidas durante los grupos focales y entrevistas.

Dos de los participantes señalaron que para ellos la sexualidad es algo inherente al ser humano, comparándolo con necesidades como comer y dormir; sin embargo, añaden el factor psicosocial que el ser humano manifiesta en ella:

Erwanche: “La sexualidad es inherente a todos los seres vivos, simplemente que los humanos le damos una connotación en lo social, o sea, el animal tiene relaciones sexuales para reproducirse, nosotros podemos determinar si lo hacemos solamente para reproducirnos o en otra esfera. Es algo hasta cierto punto importante en cada ser humano.” (S2)

Meya: “¡Híjole! Yo iba a decir que es algo inherente al ser humano (risas). O sea, es como una necesidad como comer y dormir la sexualidad

en sí misma y como dicen, si es el acto sexual como tal, pero si es algo psicosocial, es algo que se desarrolla en el ser humano: cómo te ves, cómo te tratas, cómo te sientes, cómo te aprecias; o sea, es un todo, como un ser humano, tanto en cuanto a lo social. Entonces, el poder tener la capacidad de desarrollar tu sexualidad, de sentirte bien contigo, de que si tú quieres tener relaciones sexuales una vez al mes y con eso estás tranquilo o tres veces a la semana, cada quien a su manera de sentirse cómodo, lo que le funcione, que te sientas bien contigo mismo.” (S2)

Por su parte, otro de los participantes (Meyota) señala que la sexualidad no se remite solamente al acto sexual, sino también del hecho de sentirse bien, atractiva(o), seleccionar qué prenda usar, la forma en la que uno se relaciona como persona, específicamente como hombre o como mujer; siendo finalmente parte del ser humano:

Meyota: Para mí la sexualidad es todo un... muchas cosas, una parte de ti, de tu vida, de con quién te relacionas, de quién te gusta, de lo que decides hacer con esa persona; pero también incluye de sentirte bien, estar bien contigo, sentirte guapa, como de ponerte esta blusa o este pantalón; no sé, no nada más como el acto sexual, sino como todo un... muchas cosas, cómo te relacionas con tus compañeros, no sé, muchas cosas. Para mí la sexualidad es como todo un... no sé la palabra, pero no se concentra nada más en el acto sexual, sino como persona, como mujer u hombre, es parte de ti, parte del ser humano. (S2)

También, otro de los participantes (Fozz) agregó que la sexualidad implica también aspectos relacionados con la pareja sexual, como conocerla, imaginar, el acto sexual y todo lo que implica; señalando también que existe un lazo que no se remite únicamente a lo físico, sino también a lo intelectual, mental y romántico:

Fozz: “Lo que ya comentaron mis compañeras, que no nada más es el acto como tal de tener relaciones sexuales, sino desde conocer a la pareja,

imaginarte con ellas, obviamente llevar a cabo las relaciones sexuales y todo lo que eso significa, o sea que hay un lazo más allá de lo físico, sino también en lo intelectual, el lo mental, en lo romántico.” (S2)

Dos participantes señalaron que para ellos la sexualidad es la aceptación en cuanto a la preferencia sexual que se tenga:

MI: “¿Qué es la sexualidad? Pues... es la aceptación de tu preferencia sexual, tus gustos, el cómo tu tengas la percepción de cómo llevar tu vida sexual.” (S7)

TR: “No pues, es que la verdad yo tampoco sabría, o sea... para mí, creo que implica todo, desde la aceptación que tienes, la preferencia que tienes, va desde conquistar a la otra persona, también lo reproductivo, no sabría bien cómo aterrizar mi definición, tengo como que muchas ideas.” (S7)

Otro de los participantes define a la sexualidad como la capacidad de conocerse a sí mismos y al cuerpo, señalando también los problemas que se puedan tener en torno a ello:

S: “La sexualidad es... la capacidad que tenemos de conocernos, a nosotros, a nuestro cuerpo, y todo lo que conlleva esto, ¿no? La relación tanto de conocernos, todo lo relacionado a eso, al... qué es lo que se puede presentar, o por qué se presenta, cómo funciona, pero no sólo de nosotros sino ya también con ciertas personas, de acuerdo a las relaciones que podamos tener, pero bueno, lo definiría como eso... la capacidad de conocer nuestro cuerpo, o relacionarlo, mejor dicho, a la capacidad o a los problemas que pudiéramos tener, relacionados a algún problema de sexualidad...” (S5)

Finalmente, un participante señala que la sexualidad es un conocimiento no solamente en el aspecto coital, sino personal. Además, comenta que todo empieza en la

comunicación con las personas de otro género, pasando por un proceso de socialización que termina en la atracción, el interés, amistad, etc.:

CH: “Creo que es un vínculo, un conocimiento no solamente de lo coital, sino lo personal. Desde comunicarse con personas de otro género, creo que ahí empieza todo, el saber cómo hablarles, expresarse, para el fin que sea... El hombre es social, no se le puede negar, no puede estar solo, siempre tiene que haber alguien; o al menos para mí es importante tener siempre alguna amistad, no me gusta aislarme del mundo, entonces creo que ahí se implica mucho lo que es la sexualidad, no solamente el hecho coital. Bueno, al menos en lo personal, el poder tener un plática previa a, me gusta mucho; no soy de los que, por ejemplo, termina el acto coital y se duerme, o que da las gracias y se va, me gusta tener más intimidad en el ámbito de conversación, saber qué quiere, qué le gusta, qué no le gusta, para mí todo eso es la sexualidad.” (S6)

De esta forma, los significados de la sexualidad que presentan los participantes no se remite, como la literatura lo presenta, únicamente al acto sexual, sino que cada uno de ellos lo expresa más allá del contacto físico, integrando aspectos tanto individuales como sociales, intelectuales, psicológicos, etc.

4.3.2. Punto de vista médico de la sexualidad

Ahora bien, aunado a los significados que tienen los médicos residentes sobre la sexualidad, se les preguntó si las respuestas que habían dado diferían del punto de vista médico, con el fin de conocer si la concepción que se tiene de la sexualidad difiere desde la perspectiva médica con la personal. Así, los participantes mencionaron que la sexualidad, médicamente hablando, se explica a partir del modelo biopsicosocial, integrando además aspectos patológicos, ciertos trastornos psiquiátricos; pero sin que estos sean determinantes para brindar una definición:

Erwanche: “Pues es que, desde el punto de vista médico, la teoría va desde la triada del modelo biopsicosocial, la concepción, pero también desde el punto de vista de algún trastorno psiquiátrico, psicológico o desde un punto de vista social. Entonces, el médico tiene que ver con tres esferas, tienes que ver la parte de sexualidad de cada una de las tres.” (S2)

Meya: “Yo creo que la sexualidad no son patologías, la sexualidad desde términos médicos y tanto psicológicos y todo nos enseñan en la escuela que es todo, tanto factores como dónde se desarrolla en el ambiente, como ya bien dijeron desde el modelo biopsicosocial, y de ahí sí ya se pueden partir patologías, obviamente con base a la sexualidad, o con base a tener tanto alteraciones mentales, no sé, que se produzca una parafilia, pero eso no es la definición de sexualidad, una cosa es sexualidad y otra cosa es una condición patológica, es distinto, es otro concepto.” (S2)

Asimismo, uno de los participantes agrega que implica también cosas como las hormonas y el desarrollo embrionario, el diálogo con los pacientes con el fin de proporcionar información sobre las manifestaciones fisiológicas y los métodos anticonceptivos, recalcando también que la sexualidad, desde la medicina, no se limita a infecciones y aspectos patológicos:

Meyota: “Sí, yo creo que, desde la medicina, te vas a encontrar otra cosa, como las hormonas y el desarrollo embrionario y cosas así, yo no asociaría la sexualidad solamente a infecciones, no creo. Yo como pediatra, creo que la sexualidad es un tema que también abordamos, sobre todo cuando das consulta a un adolescente, que tienes que ser muy directo y preguntarle si tiene erecciones, si se protege, qué métodos conoce o incluso como médicos generales, cuando hiciste tu servicio social y te mandaban a dar alguna plática, pues también cómo llegar a las escuelas secundarias y hablar de eso. Pero, no creo que en medicina hablar de sexualidad sea como trastornos e infecciones.” (S2)

Por su parte, Bob responde que la sexualidad rebasa el campo médico, siendo esta un recurso y parte fundamental para la sana convivencia, para disminuir los niveles de estrés y para acercar más a las personas, y no meramente un acto de placer:

B: “La sexualidad se... sí tiene pues un contexto más allá de lo, ahora sí que sexual, más allá de lo médico también. Creo que es una... no herramienta, pero sí a lo mejor un recurso, sino que es una parte de la relación que... sí, es una parte fundamental para una sana convivencia, para disminuir el estrés, acercar más a la persona, creo que es ese tiempo que uno está junto con su pareja, a uno le puede ayudar a tener más confianza, más acercamiento. Y bueno, ahí se notan muchas cosas, y creo que uno a lo mejor como hombre no puede fingir lo que le pasa, o lo que no le pasa, creo que es una forma de transmitir realmente lo que estamos sintiendo, lo que estamos viviendo, y no meramente un acto de placer.”
(S4)

4.4. Estrés y sexualidad

4.4.1. Repercusiones del estrés laboral en la vida sexual

Ahora bien, una vez abordado el tema de estrés y sus repercusiones en el ámbito laboral, personal y afectivo; y una vez iniciado el tema de la sexualidad y sus significados, para la presente categoría se les preguntó a los participantes cuáles eran las repercusiones del estrés en el ejercicio profesional con su vida sexual. Con ello, un participante menciona que influye principalmente en disminuir la concentración y, por ende, el deseo sexual:

Dr. T: “Sobretudo influye que con la carga de problemas disminuye la concentración, el enfoque en ese momento, disminuye el deseo sexual más que nada.” (S2)

Asimismo, cuatro de los participantes mencionan que se presentó distanciamiento con la pareja ya que el cansancio, las ganas de dormir, el estrés tanto físico como emocional, el hambre, etc., preponderaban antes que el deseo sexual, siendo que este disminuye drásticamente, poniendo en primer lugar todo lo anterior:

El Cora: “¡Híjole! Pues ahorita yo estoy muy bien, incluso en medicina interna, que era lo más pesado para mí, ahí sí hubo pues un poquito más de distanciamiento quizá, un poquito de mayor cansancio y mayor estrés físico, emocional y todo; que condicionaba algo de... pues no inapetencia, sino que prefiera dormir, más que nada es lo que la mayoría pedimos. Pero ahorita, realmente más estable.” (S1)

Pajarito 69: “Este, pues no sólo en el ámbito sexual, sino en todo. Nada más quiero llegar a dormir y o sea, a tu pareja no le parece, piensa que lo haces porque no tienes ganas de estar con ella, de verla o algo y pues sí le afecta.” (S1)

Kishi: “Pues sí te sientes más cansada. Queremos dormir, es la principal necesidad después de tanto trabajo, las otras cosas ya son más secundarias. Pero, pues igual como es médico y entiende, yo no he tenido reclamos, nada más: “quiero dormir”; y pues así.” (S1)

Erwanche: “Pues sí, en mi caso disminuye el apetito, las posas veces que estoy con mi esposa es de: “ay, no; estoy muy cansado, dame permiso que me voy a dormir”; y ella pues es igual... ahorita como que es un poquito complicado tratar estos temas, ya cuando terminemos a lo mejor será otro cantar, pero mientras no.” (S2)

Además, otro de los participantes recalca que, además de que el tener acercamiento (sexual) con su pareja ya no ocupa el primer lugar, anteponiendo los factores mencionados anteriormente, durante el día, mientras se encuentra en el hospital se presenta deseo sexual

y pensamientos de dicha índole, sin embargo al llegar a casa, los pendientes opacan dicha condición:

Bob: “Sí, como decía, las guardias, si yo salgo cansado, salgo con hambre, salgo con sueño, lo que menos quiero es llegar a tener actividad con mi pareja; lo que quiero es comer, lo que quiero es descansar, lo que quiero es leer para contestar al día siguiente, y lo menos que quiero... bueno, no lo menos sino que ya no ocupa un primer lugar el tener yo acercamiento con mi pareja , ya empieza a ocupar un segundo o un tercer lugar, y ya no un primer lugar como en algunos otros años previos (...) estoy más preocupado por la carga académica, la carga laboral, y lo económico(...) Entonces sí, es un hecho que afecta la vida sexual, afecta la actividad sexual, y otra cosa... algo raro, porque a pesar de que uno llega, a veces, a la casa con su pareja, o quieres comer, o quieres dormir, o quieres descansar, otras cosas, hacer ejercicio... durante el día, mientras yo estoy aquí, sí tengo pensamientos, sí quisiera tener actividad sexual, pero cuando llego a casa me ocupo en otras cosas, la verdad es que no se por qué, a qué se deba esa situación, pero definitivamente sí repercute.”
(S4)

Otro participante señala que, aunque no tenga problema al tener relaciones sexuales con alguna pareja, el deseo y la frecuencia sí se ven disminuidos, de tal forma que el cansancio y la fatiga los manifiesta durante el acto sexual:

CH: Sí, claro... sí ha disminuido. Es lo que... o sea, yo con mi pareja pues sí tenía más frecuente relaciones sexuales, terminé con ella, no hubo un problema, así que se haya prolongado, porque pues tengo una amiga, sale alguna conocida, hay algún encuentro y no pasa nada. Pero sí disminuye tanto el deseo, como la frecuencia; ha llegado un punto, por ejemplo, que estoy cansado, es misma fatiga, lo traslado en el acto. (S6)

Por otro lado, cuatro participantes señalaron no tener impacto el estrés de la actividad profesional en la vida sexual, siendo que no está relacionado el deseo sexual con el nivel de estrés presentado:

Meyota: “Yo creo que sí debe influir el estrés, pero también creo que aunque estés estresado y no tengas ganas, o aunque estés estresado tengas muchísimas ganas. Entonces, yo no he notado que a mí me afecte por eso, sino por otras cosas; puedes estar pos-guardia y querer mucho o no sé. Entonces, yo creo que no tiene tanta... en mi caso menos, que se relacione tanto en si estás en guardia, pos-guardia, etc.” (S2)

Fozz: “Pues, sí. Realmente tampoco es así como que el estrés cambie algo, como te pueden dar ganas cuando estás de pos-guardia o de pre-guardia, realmente no lo modifica. Y en el hospital... pues te lo aguantas, o sea, no es de que vaya a cambiar algo, o de que vayas a empezar a abrazar a tus compañeras porque estás así. O sea, te lo aguantas y ya está.” (S2)

Meya: “Ahora sí que literal: una cosa es una cosa y otra cosa es otra cosa; puedes estar estresado o puedes no estar estresado, puedes querer tener sexo o puedes no querer tener sexo. A veces es algo inherente, tienes una pareja o no la tienes y... no sé, o sea, lo veo aparte, creo que no es un factor para tener o no tener.” (S2)

Por otro lado, dos participantes señalan que realmente el factor estrés no ha tenido impacto en su vida sexual, ya que se consideran “poco sexuales”, verbalizando tener la llama reprimida o bien, tener programados los encuentros sexuales:

OJ: “Pues es que depende, porque yo siempre me he considerado una persona poco sexual, lo tengo que confesar, siempre me he considerado una persona poco sexual, con la llama reprimida. Por ejemplo, yo viví como dos años y pues... ay, yo nunca fui muy así, aunque vivíamos

juntos. Entonces, yo siento que a mí no me afectó absolutamente en nada, porque de por sí estaba apagada como que esa cosa, entonces no era así como que lo programáramos o algo así. Sí fue una de las razones por las cuales como que ya no, porque de por sí era como una vez al bimestre (risas), yo no perdí nada, pero porque yo no soy como Troyano...” (S7)

MI: “No, pues... o sea, igual yo soy poco sexual, y si te digo que tendía a aislarme y que me dí cuenta que 10 días después no nos veíamos, no nos hablábamos, pues igual eso. O sea, como lo comenta Chiki, era ya un asunto programado por eso de los horarios, porque no había mucho tiempo, entonces no era muy frecuente.” (S7)

4.4.2. Estrés generado por situaciones en la vida sexual

Finalmente, en la presente categoría se identificaron aquellos factores dentro de la vida sexual de los participantes, que suscitaban estrés en los mismos. De esta forma, dos de las participantes mencionaron haber padecido algún episodio de estrés por riesgo de embarazo:

Chicheñol: “Solamente mi primera pareja sexual, sí; tuvimos riesgo de quedar embarazados, y se superó esa etapa... pero eso fue hace años.”

Sol: “Sí, antes de irme a España, de hecho. Sí tuve un sangrado y sí llegué a pensar que estaba embarazada, de hecho sí me revisaron y todo, y en un lugar me habían dicho que estaba embarazada.”

Sin embargo, la participante Sol agregó que finalmente no se trataba de un embarazo, pero sí de un padecimiento fisiológico que se manifestaba en sangrados:

“(...) pero no me cuadraba, yo dije “no”... fue un sangrado que tuve, que me dijeron que era por estrés, y yo creo que sí porque fue cuando se me juntó todo, me dicen “¿has estado estresada últimamente?” y yo “sí”.”
 “Entonces sí tuve un sangrado muy abundante, y pensé incluso que se podía tratar de algún aborto, o algo así, porque andaba yo movidísima y dije “pues es que no he guardado reposo”, y en un lugar me dijeron que sí

y yo “no, pues no”... y ya otra revisión y pues no, era un quiste, un quiste que se veía en el ultrasonido, que daba la imagen como de un saco.”

Por otra parte, otro de los participantes esclareció no haber presentado alguna situación estresante, ya que por el hecho de ser médicos, él y su pareja, generaban los cuidados adecuados para evitar riesgos de embarazo o por ETS:

Bob: “Sí, sí, sí, sí... Yo creo que no es tan, tan grande el estrés, realmente. Pero sí, realmente algo mínimo por un embarazo, o por una enfermedad de transmisión sexual, realmente... los dos somos médicos, nos cuidamos, utilizamos protección, probablemente por eso es que no es tanto así el estrés...”

Asimismo, la participante Sol señaló jamás haber presentado estrés por alguna probable ETS, aludiendo a la prevención de realizarse los estudios pertinentes (tanto ella como su pareja), ejecutando de manera adecuada los conocimientos profesionales en la salud propia:

Sol: “El Papanicolaou y eso, me lo trato de hacer seriado, y en cuanto a él (pareja) pues nunca he experimentado algún tipo de secreción o molestia, ardor o algo así, nada. Nos hacemos como estudios, como los del protocolo, los seriados pues, pero realmente no... en alguna ocasión llegué a recibir tratamiento y me tomaron un cultivo, porque sí tenía secreción, pero fue hace mucho tiempo y no pasó de ahí.”

De la misma forma, otro participante mencionó siempre usar medidas de protección y estudios preventivos de manera regular, aunque sí menciona haber manifestado riesgo en una ocasión, dado que en ese momento no utilizó protección, sin embargo señaló no haber sido tan significativo como para generar estrés:

“Creo que gracias a eso me cuido más, siempre uso protección; el preservativo, o método hormonal cuando ya es una pareja estable. Pero normalmente siempre tengo precaución, me hago mis paneles virales rutinarios, pero bueno... sí hubo una ocasión de riesgo (...) De hecho en las últimas dos ocasiones fue sin protección, pero no hubo problema, no me generó estrés.”

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Por lo que refiere a la discusión de la presente investigación, se pudieron identificar similitudes y diferencias entre lo presentado como sustento teórico y los resultados obtenidos; mismos que se especifican a continuación, de acuerdo a las categorías presentadas.

Analizar estadísticamente los niveles de estrés y de vulnerabilidad al mismo en la población estudiada, permite no sólo dar cuenta de manera cuantitativa los niveles en los que se encuentran, según las escalas aplicadas, sino que además, permite identificar específicamente en qué áreas se encuentra mayor prevalencia tanto de fuentes de estrés como de formas de afrontamiento para que, de esta forma, se puedan contrastar los resultados obtenidos en los discursos de los participantes con la literatura encontrada para el estudio.

En primer lugar, durante la primera categoría los participantes refirieron como experiencias estresantes durante el ejercicio profesional principalmente la falta de tiempo para realizar satisfacer sus necesidades básicas, tales como la alimentación y tiempo de descanso; la sobrecarga de trabajo y la justificación de labores ante sus superiores. Lo anterior refuerza el estudio realizado por Cabrera et al. (2001, citado en García y Gil, 2016), donde encontraron que los niveles más elevados de estrés se encuentran en los estudiantes de medicina, debido principalmente a la sobrecarga y falta de tiempo por entregar labores académicas; en este caso, es de destacar que los médicos residentes suman la práctica profesional a la académica. Justificando lo anterior, Crespo y Labrador (2003) señalaron que de las características que generan estrés durante alguna situación son aquellas que mantienen una tensión crónica, como lo es precisamente la sobrecarga de trabajo referida por los participantes.

Con respecto a las repercusiones de los médicos residentes en la vida personal por los niveles de estrés manifestados en la actividad laboral, Mingote, Moreno y Galvez

(2004) señalaron que el aumento de estrés laboral en el ámbito médico ha tenido como consecuencias el decremento en la salud mental, física, sexual y eficacia personal de los médicos. Con lo anterior, los participantes mencionaron que en la esfera de salud física, han presentado con frecuencia cuadros migrañosos, hipertensión arterial, fatiga generalizada, etc. Es así que la salud física del médico, tomando en cuenta que su perfil profesional es la base de la salud física, se deteriora estrepitosamente con el ejercicio profesional, estableciendo así una condición inversamente proporcional a su labor con la sociedad.

Por otra parte, la salud mental forja un componente fundamental para el desarrollo personal y profesional de cualquier ser humano; en este caso, se consideró de suma importancia conocer cómo los médicos residentes perciben su salud psicológica y emocional, y cómo es que se desenvuelven en sus esferas de vida con dicha condición. Así, los participantes resaltaron que las principales repercusiones en su vida personal tras el estrés generado en el ámbito profesional, se focalizan en malas relaciones familiares, sociales y sentimentales a consecuencia del cansancio, las preocupaciones constantes, el bajo estado anímico y la falta de tiempo para desenvolverse como personas (más que como médicos). De esta forma, los resultados arrojados en la presente investigación concuerdan con lo mencionado por Mingote, Moreno y Galvez (2004), Arenas (2006) y Barraza et al. (2009), quienes identificaron que los diferentes estresores en el contexto hospitalario traen como consecuencias sociales los problemas familiares debido a la falta de comunicación, irritabilidad, hostilidad, agotamiento emocional, sentimientos de baja realización personal y un progresivo aislamiento social, generando a su vez distanciamiento en las relaciones interpersonales y finalmente una despersonalización abrasada por el perfil requerido en el médico hoy en día. De esta manera, se observa que para las fechas en las que se realizan los aquí citados estudios e investigaciones a la actualidad, las condiciones de salud física y mental en los médicos no ha generado cambios positivos para su desarrollo personal, estableciendo de manera urgente la necesidad de atención y ejecución de un replanteamiento en las exigencias académicas y laborales del médico (en este caso, el médico residente) con el fin de mejorar su bienestar biopsicosocial.

Ahora bien, las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés son también de suma relevancia para dar a conocer de qué manera el personal médico combate, o bien sobrelleva, las situaciones estresantes en su quehacer profesional; ya que estas estrategias pueden tanto mejorar como decrementar aun más la salud y el bienestar de la población. De este modo, es necesario retomar el estudio de Paris (2007), quien identificó precisamente las principales estrategias de afrontamiento en los profesionales de la salud y encontró la resolución de problemas, el distanciamiento de las fuentes de estrés, la resignación y el uso de estrategias desadaptativas (como el consumo de diferentes sustancias) como las más frecuentes. Por su parte, los participantes mencionaron como principales formas de afrontamiento el aprovechar los niveles de estrés para actuar inmediata y eficazmente con las intervenciones con los pacientes, el canalizar las fuentes de estrés como superficiales, es decir, no tomar las cosas de manera personal; anticipar la carga de trabajo al cumplir en tiempo y forma con las actividades solicitadas para no padecer una consecuencia negativa y, finalmente, generar espacios de recreación como escuchar música, comer, establecer lazos de comunicación, etc. Es así que, en esta parte, se aprecia un contraste parcial en lo encontrado en la literatura con los resultados arrojados por los participantes, ya que, si bien se obtienen similitudes como el hecho de distanciarse (al menos de manera temporal) de las fuentes de estrés, al generar espacios de distracción; en ningún momento la población entrevistada mencionó el consumo de sustancias como forma de afrontamiento, reforzando de esta manera el sentido de responsabilidad que pueden tener los médicos residentes, al cuidar (con lo que está bajo su control, al menos) de su salud.

Las repercusiones en las relaciones de pareja es otro punto fundamental para la presente investigación, ya que se aproxima al tema de la sexualidad; es por ello que se estableció como una de las categorías. De esta forma, al tocar el tema con los participantes, se identificaron consecuencias importantes con respecto a aquellos que refirieron experiencias sentimentales con otros profesionales de la salud de quienes las experimentaron con cualquier otro tipo de población. Por una parte, aquellos que comparten la profesión señalaron que existe mayor comprensión ante la falta de tiempo, interés, deseo sexual, etc., generando de esta forma un mayor vínculo afectivo. Sin embargo, sólo en un caso se identificaron repercusiones negativas, ya que la competitividad laboral sesgaba la

cooperación en la relación de pareja, disminuyendo así la interacción y comprensión entre ambas partes. Por otra parte, aquellos que mantuvieron una relación sentimental con población ajena al contexto médico, indicaron una disminución en la interacción: actividades recreativas, nivel de comunicación, frecuencia de las prácticas sexuales, lazos de confianza, etc.; generando, en la mayoría, la ruptura definitiva. Con respecto a todo lo anterior, poco se encontró en la literatura para constatar, sin embargo vale la pena mencionar en este punto lo sugerido por Kusnetzoff (2008) al referir que ninguno de los componentes que suelen estar presentes en un episodio de estrés constituye un motor de la libido, es decir, no es recomendable usar las prácticas sexuales como remedio para el estrés.

Como se ha mencionado anteriormente, la pretensión del presente proyecto es no sólo dar cuenta de los factores relacionados al estrés en los médicos residentes, sino también (y principalmente), conocer cómo dichos factores intervienen en una esfera fundamental y poco abordada hacia dicha población, cuyos focos de atención se centran más bien en aspectos de índole profesional; es decir, en la sexualidad. Así, se consideró imprescindible en un primer momento conocer la opinión de los médicos residentes sobre los significados de la sexualidad, desde el aspecto no sólo médico, sino personal; para que, partiendo de ese punto, se puedan engranar (analógicamente hablando) las dos temáticas presentadas, tomando en cuenta que una no debe ser necesariamente consecuencia de la otra, sino más bien identificar la relación e interacción que existe entre cada una de ellas.

Con lo anterior, Masters, Johnson y Kolodny (1987) señalaron que la sexualidad emplea un significado de mayor amplitud que el vocablo mismo “sexo”, al tomar en cuenta que cada una de las personas se considera un ser sexuado, desde lo biológico hasta lo psicológico y social. Ahora bien, durante el discurso de los participantes se identificaron una serie de significados que comparten, o no, similitudes con lo mencionado por los autores. De esta forma, algunos de los participantes mencionaron que la sexualidad es inherente al ser humano, comparándolo con necesidades primarias, que sin embargo se le añade un factor psicosocial. Asimismo señalaron en sus discursos que la sexualidad implica aspectos relacionados con la pareja sexual, con las prácticas sexuales y con factores eróticos dentro de la dinámica de pareja, incluyendo procesos de comunicación, amistades,

intereses, etc. Es así que los diferentes significados de sexualidad que tienen los médicos residentes, no difiere del todo de lo presentado por los autores, ya que en ambas partes se identifican aspectos no solamente de índole biológica, sino que incluyen aspectos psicológicos y sociales.

Ahora bien, un punto importante dentro de los significados de sexualidad que puedan presentarse en la teoría y en la investigación, es el punto de vista médico de la sexualidad, es decir, conocer si desde el ámbito profesional se presenta alguna diferencia en la concepción, con respecto al punto de vista personal. Lo anterior se presenta a partir de la investigación realizada por Salinas y Jarillo (2013), quienes exploraron los significados de sexualidad de estudiantes de medicina; encontraron que el discurso de los médicos revela que los conocimientos sobre sexualidad se focalizan en prácticas sexuales, específicamente el acto coital y en aspectos patológicos. De lo anterior se puede inferir que dichos resultados son consecuencia de un aprendizaje académico que centra el conocimiento en lo necesario para la profesión misma: aspectos fisiológicos y patológicos, dejando del lado factores psicológicos, emocionales, sociales, etc. Sin embargo, en el discurso de los médicos residentes se identificó que, tanto su experiencia personal como el conocimiento académico, ha convergido en significados más integrales del término, es decir, señalaron que ni desde el punto de vista médico ni personal, la sexualidad se reducía a aspectos patológicos o biológicos, sino que se explicaba a partir de un modelo biopsicosocial y que, si bien en la práctica médica sí se delimitaba mayor preponderancia a consideraciones fisiológicas, eso no afectaba el significado interdisciplinario que tenían sobre la sexualidad. Incluso un participante mencionó la importancia de conocer las diferentes esferas de la sexualidad no sólo para la vida personal, sino para el trato con pacientes que requirieran información o intervención sobre el tema. Por todo lo anterior, el contraste entre el estudio presentado en 2014 y la presente investigación se ve marcado, ya que los médicos residentes manifiestan una versión más enriquecida sobre el tema de la sexualidad, tomando en cuenta (y justificadamente), que la formación médica le otorga mayor importancia a aspectos biológicos de la salud, siendo esto lo necesario para el quehacer médico, y es en este punto donde se reitera la distinción que debe hacerse entre el perfil

médico y la identidad de las personas que practican la medicina, desprofesionalizando a la persona y dándole a su salud el interés que merece.

Mientras tanto, un elemento fundamental dentro de la esfera sexual que puede modificarse en función de los niveles de estrés, es el deseo sexual. Por lo anterior, es de importancia retomar lo mencionado por Levine (1987, citado en Gómez, 2013), quien define al deseo sexual como la “energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual”, es de considerar que dicha energía pueda verse alterada por las diferentes situaciones (profesionales, en este caso) a las que los médicos residentes se encuentran expuestos durante su labor.

Además, tomando en cuenta los tres elementos principales del deseo sexual, mencionados por el mismo autor: el impulso, el anhelo y el motivo; así como lo mencionado por los participantes, quienes señalan factores como la concentración, el distanciamiento con la pareja, el estrés físico y emocional, el cansancio, etc., como aquellos que disminuyen radicalmente el deseo sexual y la frecuencia en las prácticas sexuales, se corrobora que son estos tres elementos (traducidos en lo ya referidos por los participantes) los que alteran la disposición, las ganas y el impulso biológico de manera negativa, generando por tanto la disminución en las prácticas sexuales y con ello el distanciamiento con la pareja. Además, los resultados arrojados en la presente investigación hacen constatar los obtenidos en el estudio realizado por Parera et al. (2011), quienes encontraron que en médicos residentes y enfermeros, más de la mitad de dicha población refiere una disminución en frecuencia y calidad de sus relaciones sexuales debido a la falta de tiempo, el cansancio extremo, la sobrecarga de trabajo y finalmente la falta de deseo.

Así, es menester dar cuenta de las afectaciones en la esfera sexual y afectiva que padece el personal de la salud debido a la extrema atención y energía enfocada al bienestar del hombre, descuidando las diferentes esferas del bienestar propio; por lo que los resultados arrojados empatan lo mencionado por Kusnetzoff (2008), al señalar que el mal estrés (distrés) es considerado uno de los factores que afectan en mayor medida el pleno ejercicio de la sexualidad. Por todo lo anterior, resulta paradójico mencionar al profesional

de la salud como alguien que, siendo parte de su función predicar y optimizar la salud en el individuo, sea ejecutada a costa de la propia.

Por otro lado, la sexualidad entendida como esa transición de lo biológico a contextos sociales, psicológicos y culturales, tal como lo refiere Gómez (2013); genera un punto de discusión importante, precisamente al retomar dichos contextos ya que, si bien se ha comentado y analizado ya las consecuencias de la vida sexual por estrés, la sexualidad misma también puede ser fuente de estrés. En ese sentido, los participantes señalaron como fuentes de estrés dentro de sus experiencias, riesgos de embarazo y E.T.S principalmente; tal como lo señala Kusnetzoff (2008), al identificar elementos como el miedo y el cambio de rutina como estresores en la vida sexual. Sin embargo, otros participantes mencionaron no experimentar estrés por la vida sexual, aludiendo al conocimiento y la experiencia que les ha brindado su profesión como para establecer los cuidados pertinentes en dicho contexto. Por todo esto, resulta fundamental hacer hincapié en el hecho de contemplar a los profesionales de la salud no sólo como eso, sino como personas que, aun con los conocimientos académicos y el perfil médico que los moldea, pueden experimentar de igual forma situaciones en su vida sexual que alteren en mayor o menor medida su bienestar biopsicosocial.

En definitiva, la educación sexual en la preparación del médico es importante, sin embargo, tal como lo refieren González y Miyar (2002), resulta también importante experimentar la sexualidad en la vida cotidiana, para complementar el significado y que, de esta forma, a nivel profesional se pueda brindar la mayor calidad posible a la población atendida y a nivel personal, se pueda mantener un bienestar (y equilibrio) en la vida de los médicos residentes, en este caso.

6. CONCLUSIONES

En suma, la presente investigación, como ya se ha mencionado con anterioridad, data su interés a partir de los vastos estudios encontrados sobre el estrés laboral y, como en este caso, en el personal de salud; y que sin embargo pocos datos se encuentran sobre cómo afecta no sólo en el desempeño laboral, sino también la vida personal y sexual.

El identificar estadísticamente los niveles de estrés y de vulnerabilidad al mismo que presentan los participantes, genera una pauta sólida para dar apertura al análisis cualitativo de la población estudiada. Esto es, entre otros motivos, porque permite más que etiquetar a la población médica en determinados niveles, identificar las principales áreas de oportunidad para, en un futuro nada lejano, establecer espacios de prevención, educación e intervención para los mismos. En este caso, estadísticamente los niveles de estrés en los que se encontró la población no indican altos (ni siquiera medios) niveles de estrés y sin embargo eso no indica que no lo padezcan de manera abrupta, sino que los factores generadores de estrés no son meramente propios de la actividad profesional, más bien se generan más allá de la vida académico-laboral; y esto mismo es lo que permite apreciar la parte cualitativa de la investigación, ya que el discurso libre permite ampliar el panorama y enriquecer la información para la generación del conocimiento, además de dar voz a una población que, aún con la naturaleza de su campo de estudio, pasa desapercibida incluso por ella misma para aplicarla en la vida propia. Esto es, la salud del médico que, siendo médico, descuida las propias necesidades, necesidades que desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, no se limitan sólo a lo orgánico, sino a todo proceso biológico, psicológico y social que conglomera la búsqueda de bienestar en el individuo.

De la misma forma, dentro de la vida personal del individuo, o mejor dicho, como parte de su vida se encuentra una esfera fundamental para su desarrollo, es decir, la sexualidad. Tal como en el caso del estrés, la sexualidad ha sido abordada desde diferentes disciplinas según el interés propio de cada una, sin embargo, como se ha visto en el presente proyecto de investigación, desde el rastreo bibliográfico hasta los resultados obtenidos, lejos se está de unificar o bien estandarizar el concepto en sí mismo, la importancia radica más bien en clarificar los diferentes conceptos que la componen, de tal

forma que la educación sexual y la libertad de expresarla y vivirla sea la más óptima para contribuir al bienestar biopsicosocial del individuo.

Ahora bien, en el presente proyecto de investigación se propuso identificar y analizar los conocimientos sobre el estrés y la sexualidad de los médicos residentes, retomando sus experiencias a partir de la vida profesional y personal. Así, los resultados obtenidos dan cuenta de las diferentes situaciones, tanto personales como laborales, en las que los médicos experimentan diferentes estresores. Para el caso, prepondera la sobrecarga del trabajo, la falta de satisfacer necesidades básicas como el sueño, la alimentación y el descanso, la comunicación directamente con los pacientes y la justificación de las actividades realizadas en el quehacer médico. Asimismo, un punto fundamental que refieren los médicos residentes como principal fuente de estrés, es el trato del resto del personal, en este caso, se observó que el quehacer médico y todo lo que conlleva no resulta tan estresante como lo son las relaciones que tienen con el personal, ya sea de superior, igual o menor jerarquía.

Llegados a este punto, las relaciones laborales entre el personal médico manifiestan un punto fundamental dentro las experiencias estresantes de, en este caso, los participantes. Esto es, los ambientes de competencia a los que se pueden ver sometidos, pero principalmente, los contextos de autoridad donde el médico es sometido a ambientes de hostilidad, siendo el caso de ser de menor rango; aunque de la misma manera reportaron ser malinterpretados por sus pupilos al encontrarse en una jerarquía superior.

En relación con las repercusiones generadas por los niveles de estrés, la población médica las experimenta no sólo en el contexto laboral, sino también en el personal. En este caso, el distanciamiento familiar y social es un factor que preponderó en los discursos, siendo que el hecho de permanecer tanto tiempo dentro del hospital, sumado a todas las problemáticas ya mencionadas, genera un aislamiento tanto físico como psicológico del resto de sus esferas de convivencia, enfocando la mayor parte de sus recursos en el quehacer profesional. A esto se le añade los efectos emocionales poco funcionales presentados como la tristeza y la irritabilidad, donde la forma más plausible de canalizarlas es mediante el sueño, que paradójicamente contribuye a estados vulnerables al reforzar dicho distanciamiento.

Las formas de afrontamiento del estrés juegan de igual manera un papel importante en la población estudiada, ya que, de principio, el perfil del médico contribuye a la creencia de formas saludables de afrontamiento. En este caso, el hecho de enfocar su atención en el tratamiento del paciente, canalizar las llamadas de atención como retroalimentación para su aprendizaje o el modificar el trato con el personal de menor jerarquía para mejorar la comunicación; son tomadas como las principales formas de afrontamiento ejecutadas por los médicos. Aunado a ello, pequeños espacios de convivencia con los compañeros también fueron mencionados por la población.

Las relaciones de pareja como punto de discusión, sirvieron como el puente (metafóricamente hablando) para abordar el tema de la sexualidad. Para ello, los participantes reportaron que las repercusiones en la relación de pareja fueron, en su mayoría, radicales en un sentido negativo. Así, se encontró que la mayoría de los participantes terminaron la relación con su pareja debido a la falta de tiempo, el mal estado de ánimo y demás estresores ya mencionados dentro de la esfera de trabajo.

Ahora bien, una vez introducidos al tema de la sexualidad, los diferentes significados reportados por los participantes dan cuenta de la diversidad de los mismos a partir de la formación médica, la experiencia y la subjetividad generada en cada uno de los individuos. En ese sentido, se habla desde el hecho de ser inherentes a los seres vivos, como la connotación social y psicológica que le brinda cada persona, asimismo se tomó en cuenta la autoimagen, la orientación sexual, la aceptación de la misma y la habilidad para relacionarse con otras personas. No obstante, a diferencia de los estudios realizados por otros autores, también se hizo hincapié en el modelo biopsicosocial para definir y experimentar la sexualidad, bajo el argumento de que, si bien desde el enfoque médico se centra en aspectos reproductivos y patológicos, no se remite únicamente a estos.

Entonces, resulta fundamental conocer además de qué manera el estrés ha influido en la sexualidad de los médicos e identificar en qué medida el estrés tiene afecciones (ya sean positivas o negativas⁹ en los mismos. Con ello, la disminución del deseo sexual predominó en cada uno de los participantes, atribuida al agotamiento tanto físico como psicológico y que finalmente conlleva a la disminución de las prácticas sexuales y la interacción tanto con la pareja como con ellos mismos. A saber, las diferentes fuentes de

estrés que los médicos experimentan, repercuten en su sexualidad de diferentes formas, preponderando en el deseo, pero también en la forma que conducen sus relaciones sentimentales e interpersonales.

Por otro lado, la sexualidad misma puede fungir como fuente de estrés. Los riesgos de embarazos no deseados y de contraer ETS tienen presencia en la vida sexual de los profesionales de la salud, incrementando así sus niveles de estrés. Sin embargo, la población médica manifiesta mayores niveles de prevención ante estas situaciones, teniendo en cuenta los conocimientos propios de su profesión, así como la experiencia adquirida en la vida cotidiana.

En resumen, el estrés y la sexualidad son temas de gran interés para la población médica, no sólo por el hecho de la importancia dentro del área de la salud, sino porque es el mismo personal quien se encuentra vulnerable y en constante presencia de estresores en su quehacer profesional, y vale la pena resaltar la importancia de abordar la relación de ambos temas, con el fin principal de disminuir las fuentes de estrés, mejorar las estrategias de afrontamiento y, principalmente, conllevar una vida sexual equilibrada en todas sus esferas, haciendo hincapié en la forma en la que el estrés afecta en la sexualidad del médico que, antes de ser profesional de la salud, es una persona que también requiere de atención profesional y una educación plena, no sólo para su formación, sino también para ejercerla en su vida personal. Con todo lo anterior, es menester conocer cómo el médico vive y experimenta su sexualidad fuera de la Medicina, y cómo el estrés les afecta de la misma forma en que a la sociedad en general.

7. PROPUESTAS

Finalmente, el presente proyecto tiene como propósito principal dar inicio a una línea de investigación en la que se pueda dar voz a las diferentes esferas de vida del personal de salud, generando nuevas investigaciones que contribuyan a la atención de las diferentes problemáticas vividas por cada uno de ellos, en este caso, atendiendo no sólo factores de estrés laboral, sino a otras dimensiones del ser humano, como lo es su sexualidad

Asimismo se sugiere establecer estrategias psicológicas dirigidas específicamente a la población médica y cualquier personal de salud, para promover su bienestar y con ello brindar tiempo y atención de calidad a su profesión, sin descuidar otras áreas de su vida, como lo son las relaciones interpersonales, las relaciones de pareja, la comunicación efectiva, la vida sexual, así como su salud física y psicológica.

La educación sexual es otro foco de atención para la población, ya que si bien manifiestan un adecuado dominio del tema, es más importante aún poner en práctica todas aquellas estrategias de prevención y de expresión en su vida sexual, que les permita tener un contacto más efectivo tanto con pacientes como con colegas y profesionales afines.

Además, la Psicología de la Salud juega un papel fundamental dentro del contexto hospitalario, por lo que la colaboración de médicos y psicólogos permitirá abordar diferentes problemáticas tanto en pacientes como en el mismo personal, enfocadas no sólo en la salud física, sino también en la salud mental; fomentando así un servicio interdisciplinario para el bienestar del individuo.

También, crear espacios que fomenten el autocuidado y estrategias saludables de afrontamiento hacia el estrés en el personal de salud, reestructurando su ambiente laboral, de tal forma que la atención a las inquietudes y problemáticas de cada uno sean prioridad para su bienestar en el contexto laboral y personal, ejerciendo así su sexualidad libremente.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, J., Bátiz, A. & Quintana, S. (2013). El estrés en el personal sanitario hospitalario; estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo (Internet)*, 59(231), 259-275.
- Alzate, H. (1974). La sexualidad humana y el médico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 15(2), 85-93.
- Arango, I. (2008). Capítulo 1 “Historia breve de la sexología clínica en occidente”. En: *Sexualidad humana* (pp. 1-10). México: Editorial Manual Moderno.
- Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes de una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28(2), 103-109.
- Barraza, J., Romero, J., Iores, L., Pérez, B., Piña, N. & Romero, D. (2009). Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit. *Revista Waxapa*, 1(1), 35-41.
- Crespo, M. & Labrador, F. (2003). Capítulo 1 “Introducción”. En: *Estrés* (pp. 9-34). España: Editorial Síntesis.
- Crespo, M. & Labrador, F. (2003). Capítulo 2 “Etiología del estrés”. En: *Estrés* (pp.). España: Editorial Síntesis.
- Escobar, J. & Bonilla, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- Escribá-Agüir, V. & Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.

- García, M. & Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-30.
- Gómez, B & Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(5), 273-282.
- Gómez, J. (2013). Capítulo 1 “Bases conceptuales de la sexualidad”. En: *Psicología de la sexualidad* (pp. 23-34). España: Alianza Editorial.
- Gómez, J. (2013). Capítulo 4 “El deseo sexual y su configuración”. En: *Psicología de la Sexualidad* (pp. 115-164). España: Alianza Editorial.
- Gómez, V. (2012). Capítulo 10 “Cómo perciben los hombres el estrés asociado al desempeño de sus roles y su relación con la salud”. En: Arias, F. & Juárez, A. (Coord.) *Agotamiento profesional y estrés: hallazgos desde México y otros países latinoamericanos* (pp. 269-307). México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- González, C., Durán, T., Mantecón, S., Lugones, M. & Moya, I. (2010). Consideraciones sobre la sexualidad en estudiantes del programa de formación del nuevo médico latinoamericano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 91-98.
- González, I. & Miyar, E. (2002). La educación sexual en la enseñanza médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3).
- Hernández, A. (2012). *Situaciones ambientales y laborales percibidas como estresantes por los médicos de instituciones hospitalarias públicas en México* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Education.

- Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Perú: Fondo Editorial de la UIGV.
- Lazarus, R. (2000). Capítulo 3 “Niveles de análisis científico”. En: *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud* (pp. 37-136). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). Capítulo 3 “Implicaciones prácticas: estrés y emoción”. En: *Pasión y razón* (pp. 279-303). España: Paidós.
- Luthy, C., Perrier, A., Perrin, E., Cedraschi, C. & Allaz, A. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Medical Weekly*, 134, 612-617.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, C. (1987). Capítulo 1 “Perspectivas sobre la sexualidad”. En: *La sexualidad humana I* (pp. 9-32). España: Ediciones Grijalbo.
- Mingote, J., Moreno, B., Galvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270.
- Moral, J. (2011). Capítulo 8 “Conceptos básicos de psicopatología específica”. En: García, C. (Coord.) (2011) *Diccionario Temático de Psicología* (131-154). México: Trillas.

- Onwuegbuzie, A., Dickinson, W. & Zoran, A. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas: Una Revista Disciplinar de Investigación*, 3(2), 127-157.
- Parera, J., Suso, A., Santolín, L., Salomón, S. & Carena, J. (2011). Sexualidad en el personal de salud. *Revista Médica Interuniversitaria*, 7(1), 1-16.
- Paris, L. (2007). Estrategias de afrontamiento del estrés asistencial y satisfacción laboral-personal en médicos y enfermeros. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(2), 7-21.
- Prieto, S., López, W. & Jiménez, C. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educación Médica*, 12(3), 169-177.
- Richardson, V. (2006). Y a nuestros residentes ¿Quién los cuida? *Bol. Med. Hosp. Infant.*, 63(3), 155-157.
- Robinson, A. (2018). Let's talk about stress: History of stress. *Review of General Psychology*, 1-9.
- Rodríguez, F. & Ramírez, J. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(3), 183-184.
- Salinas, A. & Jarillo, E. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 733-742.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Colombia: Instituto colombiano para el fomento de la educación superior.

- Segura, R. & Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en Psicología*, 36, 105-120.
- Shibley, J. & DeLamaer, J. (2006). Capítulo 1 “La sexualidad en perspectiva”. En: *Sexualidad humana* (pp. 1-23). México: McGraw-Hill.
- Shibley, J. & y DeLamer, J. (2006). Capítulo 19 “Trastornos sexuales y terapia sexual”. En: *Sexualidad Humana* (pp. 458-483). México: McGraw-Hill.
- Wally, C. (2008). Capítulo 5 “Síndromes clínicos que alteran el funcionamiento sexual (disfunciones sexuales)”. En: Arango, I. (2008). *Sexualidad humana* (pp. 61-82). México: Editorial Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO 1
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES

Pseudónimo	Género	Edad	Escuela de procedencia	Promedio escolar	Pareja actual	Preferencia sexual
Bob	masculino	30	Universidad Autónoma de Nuevo León	8.1	sí	heterosexual
Fozz	masculino	29	Universidad de Guanajuato	8.9	no	heterosexual
Meyota	femenino	29	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8.6	no	heterosexual
Troyano	masculino	30	Escuela Superior de Medicina	9.3	no	heterosexual
Chiki	femenino	27	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8.7	sí	heterosexual
Miri	femenino	27	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	7.9	sí	heterosexual
Sol	femenino	31	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	9.1	sí	heterosexual
Dr. Cora	masculino	31	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8.6	sí	heterosexual
Dr. Tablaroca	masculino	31	Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco	9.4	no	heterosexual
Chicheñol	masculino	29	Instituto Politécnico Nacional	9.5	no	heterosexual
Meya	femenino	28	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8.6	sí	heterosexual
Sofía	femenino	30	Instituto Politécnico Nacional	8.6	sí	heterosexual
Pajarito 69	masculino	32	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	9	no	heterosexual
Erwanche	masculino	33	Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco	9	sí	heterosexual
Kishi	femenino	28	Escuela Superior de Medicina	8.7	sí	heterosexual
Masterror	femenino	27	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8	sí	heterosexual
Ojos	femenino	32	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	9.6	sí	heterosexual
Princesa sexual	femenino	29	Justo Sierra	8.9	no	heterosexual

ANEXO 2
TEST DE ESTRÉS LABORAL

Permite conocer en qué grado el trabajador padece los síntomas asociados al estrés.

Instrucciones: De los siguientes síntomas, seleccione el grado experimentado durante los últimos 3 meses de acuerdo con el semáforo presentado.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Pocas veces	4 Algunas veces	5 Relativamente frecuente	6 Muy frecuente	
1.- Imposibilidad de conciliar el sueño.	1	2	3	4	5	6
2.- Jaquecas y dolores de cabeza.						
3.- Indigestiones o molestias gastrointestinales.						
4.- Sensaciones de cansancio extremo o agotamiento.						
5.- Tendencia de comer, beber o fumar más de lo habitual.						
6.- Disminución del interés sexual.						
7.- Respiración entrecortada o sensación de ahogo.						
8.- Disminución del apetito.						
9.- Temblores musculares (por ejemplo, tics nerviosos).						
10.- Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.						
11.- Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.						
12.- Tendencias a sudar o palpitaciones.						

ANEXO 3
TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

Instrucciones: Califique cada inciso con puntuaciones como siempre/1; casi siempre/2; frecuentemente/3; casi nunca/4; nunca/5, según la frecuencia con que Ud. realice cada una de estas afirmaciones.

PUNTUACIÓN	AFIRMACIÓN	NUMERAL
	Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día.	1
	Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas.	2
	Doy y recibo afecto regularmente.	3
	En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar.	4
	Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar.	5
	Fumo media cajetilla de cigarros al día.	6
	Tomo menos de 5 tragos (bebidas alcohólicas) a la semana.	7
	Tengo el peso apropiado para mi estatura.	8
	Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.	9
	Mis creencias me hacen fuerte.	10
	Asisto regularmente a actividades sociales o del club.	11
	Tengo una red de amigos y conocidos.	12
	Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales.	13
	Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc., está en buenas condiciones).	14
	Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado.	15
	Converso regularmente sobre problemas domésticos (tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que viven conmigo.	16
	Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.	17
	Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo.	18
	Tomo menos de tres tazas de café (o de té o refresco de cola) al día.	18
	Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad.	20
	TOTAL	

ANEXO 4
GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES

ESTRÉS

- ¿Considera que sus horarios de trabajo son excesivos dentro del hospital?
- ¿Cuántas horas trabaja al día como médico residente dentro del hospital?
- Durante su jornada laboral, ¿cuántas horas al día tenía para descansar?
- ¿Considera que tener áreas de descanso dentro del hospital sea importante para un adecuado rendimiento laboral?
- ¿Cuáles son los lugares en los que solía descansar?
- ¿Cómo considera que es la relación con sus compañeros de trabajo?
- ¿Cómo considera que sean sus habilidades para establecer relaciones sociales con otras personas?
- ¿Cómo considera que sean sus habilidades para establecer relaciones profesionales con otras personas?
- ¿Con qué personal ha tenido más dificultades (de tipo personal) durante su estancia en el hospital?
- ¿Con qué personal ha tenido más dificultades (de tipo laboral) durante su estancia en el hospital?
- Para usted, ¿qué es el estrés?
- En el último año como residente, ¿qué situaciones fueron las que le generaron mayor estrés?
- Cuando se encuentra estresado, ¿cuáles son las estrategias que utiliza para disminuir dicha situación?
- ¿Considera que el estrés puede mejorar la calidad de su trabajo? ¿Por qué?
- ¿Considera que el estrés afecte de la misma manera al personal médico que al resto de la población? ¿Por qué?

SEXUALIDAD

- ¿Cuál es su preferencia sexual?
- ¿Cómo considera que sean sus habilidades para establecer contacto sexual con otras personas?
- ¿Cómo considera que es su vida sexual?

- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguna otra persona que no haya sido su pareja? ¿Con quién?
- ¿Qué factores influyeron para que usted tuviera este tipo de contacto sexual?
- ¿En qué lugares del hospital considera que sea más frecuente que se lleven a cabo prácticas sexuales?
- ¿Qué factores considera que influyen más en la disminución de la actividad sexual?
- ¿Usted considera que su deseo sexual se ha modificado debido a actividad como personal de salud?
- ¿Usted considera que la frecuencia en sus relaciones sexuales se ha modificado debido a su actividad profesional?
- En promedio, ¿con qué frecuencia tiene relaciones sexuales a la semana?

ESTRÉS Y SEXUALIDAD

- ¿Considera que el estrés puede mejorar la calidad de sus relaciones sexuales?
- ¿Considera que el estrés puede interferir con la calidad de sus relaciones sexuales?
- ¿Considera que el estrés afecta su desempeño sexual?
- Cuando se siente estresado, ¿recurre a tener relaciones sexuales para disminuir dicha situación?
- Cuando está cansado por su actividad laboral en el hospital, ¿considera que su deseo sexual se ve afectado?
- ¿Qué disfunciones sexuales pueden verse afectadas por la carga de trabajo?
- ¿Usted considera que un alto nivel de estrés favorece su rendimiento sexual?
- ¿Usted considera que un bajo nivel de estrés favorece su rendimiento sexual?
- ¿Usted considera que existe relación entre el estrés y algunas dificultades sexuales?