



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Consecuencias del Estrés en la Sexualidad
de Médicos Internos de Pregrado”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Jessica Alejandra Sevilla Manriquez

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 mi institución, la Universidad Nacional Autónoma de México, y específicamente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por haber abierto sus puertas y permitirme desarrollarme como una profesional en el área de la psicología.

A la Beca para Titulación Egresados de Alto Rendimiento, otorgada por la U.N.A.M., por haber facilitado el trabajo correspondiente a la investigación, así como todos los gastos relacionados con el proceso de titulación.

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Ricardo Juárez Ocaña, Coordinador de Enseñanza e Investigación del Hospital, y a todo su equipo de trabajo, por abrirme las puertas del hospital y permitirme la realización de esta investigación, proporcionando sus instalaciones y facilitando los medios para que ésta se llevara a cabo de la mejor manera.

A mi colega Alexis Boyzo Serrano, por estar a mi lado en cada momento, por motivarme a seguir adelante y por su gran apoyo y colaboración en la elaboración de este trabajo.

Principalmente, agradezco a la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto, directora de esta tesis, por creer en el proyecto, por su paciencia y valiosa orientación y guía en el desarrollo del mismo, y por compartir sus conocimientos durante todo el proceso; brindándome su apoyo tanto personal como académico y profesional.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a mis padres, por haberme forjado como la persona que soy, por apoyarme incondicionalmente en cada decisión y proyecto, por ser el cimiento de mi desarrollo personal, de mis valores y aspiraciones; pero sobretodo, por ser mi más grande motivación de seguir adelante. A mi padre, por compartir su sabiduría, experiencias, conocimientos y consejos; por impulsarme a crecer, personal y profesionalmente. A mi madre, por cada palabra de aliento, por estar ahí en todo momento, y por ser ejemplo de humildad y sacrificio. A los dos, por su apoyo económico y moral, porque a pesar de que no ha sido fácil, han hecho todo porque no nos falte nada, a mí y a mis hermanos.

A mis hermanos, por confiar en mí, por permitirme guiarlos y por su amor incondicional; porque a pesar de las diferencias, el afecto y unión siempre siguen.

A mi abuelo Román, por su increíble fortaleza, por ser un pilar fundamental en mi familia y por siempre tendernos la mano cuando más lo hemos necesitado.

A mis abuelas, Vicenta y Alicia, por su gran corazón y por verme crecer hasta donde la vida les permitió. Porque aunque ya no están físicamente, siguen presentes en mi memoria; porque sus enseñanzas trascienden y forman parte de lo que ahora soy.

A mis tíos, Román, Araceli, Alicia y Claudia, porque también forman parte de cada uno de mis logros; por facilitarme los recursos necesarios durante mi trayectoria académica y por cada una de las muestras de afecto.

Finalmente, a mis compañeros de clase, con quienes he compartido grandes momentos; por permitirme aprender a su lado, y por tener la dicha de poder llamarlos amigos.

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo centra su interés sobre las consecuencias del estrés en la sexualidad de Médicos Internos de Pregrado. Aun cuando existen diversas investigaciones sobre el estrés, es necesario profundizar sobre su relación con la vida sexual en el personal médico, ya que éste sector presenta mayor vulnerabilidad debido a los estresores propios de su actividad laboral. **Objetivo:** Identificar y analizar las consecuencias del estrés sobre la sexualidad de Médicos Internos de Pregrado. **Metodología:** Tipo de estudio cuantitativo y cualitativo, realizado en un Hospital de tercer nivel, del sector público en la Ciudad de México. Se llevaron a cabo grupos focales, en donde participaron voluntariamente 34 Médicos Internos de Pregrado (MIP), de entre 22 y 29 años, divididos en tres grupos, administrando en cada uno dos escalas validadas para medir el nivel de estrés y su vulnerabilidad ante el mismo (Test de Estrés Laboral y Test de Vulnerabilidad al Estrés), así como una guía temática para dirigir los grupos focales. **Resultados:** De acuerdo con las escalas administradas, los MIP se encuentran en un nivel de estrés “Leve”, para el Test de Estrés Laboral y “Vulnerables” para el Test de Vulnerabilidad al Estrés. Entre los principales estresores se encontraron: 1) tipo de servicio por el cual estuviesen rotando, 2) largas jornadas y carga excesiva de trabajo, 3) relaciones de jerarquía entre el personal de salud, 3) relaciones interpersonales con familia y pareja, 4) imposibilidad para satisfacer necesidades básicas y de autocuidado, 5) impacto negativo sobre su bienestar biopsicosocial, 6) alteraciones en el deseo sexual (aumento o disminución), 7) insatisfacción generalizada. Otros hallazgos indican que existen repercusiones del estrés en la sexualidad, reflejadas ante la presencia de: fatiga, sueño, aumento de peso, mala alimentación, consumo de sustancias nocivas, aislamiento, y sentimientos de falta de comprensión. Todo esto, favorece que se presenten en la mayoría de los casos dificultades para mantener una relación de pareja, así como conflictos y rupturas con la pareja sexual y/o sentimental **Conclusiones:** Es fundamental la creación de un Área de Psicología enfocada a la atención del equipo médico en general y para los MIP en particular, con el fin de que durante su estancia en el Internado puedan recibir apoyo y asesoría psicológica sobre autocuidado, manejo y afrontamiento al estrés y su sexualidad. También, se recomienda la revisión de las estrategias de enseñanza-aprendizaje en la formación de los MIP, así como de los factores estresores que puedan ser modificados en beneficio de la salud general de los Médicos durante las jornadas de trabajo en los Hospitales públicos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	22
3. RESULTADOS	26
3.1. Datos obtenidos en el Test de Estrés Laboral	26
3.2. Datos obtenidos en el Test de Vulnerabilidad al Estrés	29
3.3 Experiencias relacionadas con el estrés durante el Internado Médico	33
3.3.1 Significados sobre el estrés	33
3.3.2 Eventos estresantes en la actividad profesional	34
3.3.3 Formas de hacer frente al estrés	37
3.3.4 Repercusiones del estrés en la vida personal y social	39
3.4 Experiencias relacionadas con la sexualidad	41
3.4.1 Significados sobre la sexualidad	41
3.4.2 Relaciones de pareja	42
3.5 Estrés y sexualidad	44
3.5.1 Influencia del estrés en la vida sexual	44
3.5.2 Afectaciones en el deseo sexual a causa del estrés	46
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50
5. CONCLUSIONES	60
6. PROPUESTAS	62
7. REFERENCIAS	63
ANEXOS	67

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las diferentes profesiones de la salud, la medicina constituye una de las que presenta mayor prevalencia de estrés; esto, teniendo en cuenta las demandas que la profesión genera *per se*, como el cuidado del otro, las intervenciones orgánicas, la actualización bibliográfica, el contexto en sí, entre otras, sin dejar de lado las relaciones interpersonales y las interacciones fuera del ámbito hospitalario.

De manera que, los profesionales de la medicina conforman uno de los colectivos particularmente vulnerables al estrés debido a factores de riesgo psicosocial, lo cual puede generar consecuencias en su calidad de vida, así como en su desempeño profesional (Escribá-Agüir & Bernabé-Muñoz, 2002). Por lo tanto podemos decir que el personal médico se encuentra expuesto no sólo a las exigencias laborales, sino también sociales, descuidando tanto su salud física como emocional.

Además, resulta importante enfatizar la falta de tiempo para los cuidados personales, tales como el descanso, la alimentación y la recreación; aspectos que se ven alterados de forma perjudicial, dando pie a dificultades para afrontar o sobrellevar el estrés del trabajo funcionalmente. De esta forma, Barraza, Romero, Iores, Pérez, Piña y Romero (2009) señalan que, dentro del ámbito 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). En otras palabras, elementos como el horario de trabajo, las condiciones de infraestructura y el trato con pacientes enfermos, limitan al médico en cuanto al cuidado sobre su bienestar físico, psicológico y social.

Otro aspecto a considerar, es que la formación y actualización académica para el cuidado de la salud demanda especial atención por parte del personal médico. Con ello, se ha identificado que son los estudiantes de medicina quienes presentan mayores niveles de estrés, debido a la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir sus tareas, así como la preocupación por presentar pruebas académicas (Cabrera, Cabrera, Alarcón & Monge, 2001; citado en García & Gil, 2016).

Para el presente trabajo, es de particular interés el Internado Médico de Pregrado ya que hace referencia a una fase reglamentaria previa al servicio social y examen profesional, en la cual se espera que los estudiantes de la carrera de medicina integren y consoliden los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos a lo largo de la formación académica recibida en las Universidades (Sánchez, Flores, Urbina & Lara, 2008). Por lo cual, obtiene un foco de atención para la psicología debido a que es una población sujeta a situaciones de mayor exigencia tanto personal, como profesional, al encontrarse en una etapa de transición y estar expuestos a diversos estresores durante la formación profesional.

De este modo, Sánchez et al. (2008) han explorado las expectativas y realidades del Internado Médico de Pregrado. Encontrando que por un lado, las expectativas corresponden a la consolidación del orgullo de ser médico, una nueva percepción de la relación médico-paciente, el temor ante las relaciones de jerarquía y la percepción de la profesión médica como “sacrificio”. Y por otro lado, las realidades se relacionaron con la heterogeneidad de los servicios de salud; en donde se incluyen experiencias tanto positivas como negativas en cuanto a las relaciones interpersonales, la sobrecarga de trabajo y el poco tiempo para estudiar, comer y descansar, así como los diferentes estilos de enseñanza. Los autores concluyen que el Internado Médico de Pregrado, supone una importante etapa para la formación de los médicos, la cual debe ser analizada a fin de convertirla en una experiencia de vida más enriquecedora para los internos.

Por lo tanto, es de interés para la Psicología de la Salud, investigar sobre las repercusiones del estrés sobre aspectos fisiológicos y psicológicos, además de las implicaciones relacionadas con la sexualidad, al ser ésta última uno de los ejes centrales de interés en la Investigación, prevención, educación y promoción de la salud sexual en esta área de la Psicología (Oblitas, 2008). De ahí que, la presente investigación se enfocó en la relación existente entre el estrés y la sexualidad, en Médicos Internos de Pregrado.

El estudio del estrés es un tema de interés que debe ser estudiado debido a que afecta tanto a la población en general, como a los profesionales de la salud, siendo estos últimos una población vulnerable dado que se encuentran expuestos a altos niveles de estrés por las demandas tanto profesionales, como personales; al tener múltiples responsabilidades que compiten con los hábitos y formas de afrontamiento que pueden tener consecuencias en diferentes esferas: social, biológica, psicológica y profesional.

Ahora bien, la palabra “estrés” ha sido ampliamente utilizada tanto en el ámbito científico como en la vida cotidiana, por lo que es común que se presenten confusiones y errores en su empleo; por ello, es menester abordar el concepto, en primer lugar, a partir de su raíz etimológica. Por un lado, Robinson (2018), menciona que el término estrés deriva del latín *strictus*, cuya acepción es “apretar fuerte u oprimir”. Por el otro, Gómez y Escobar (2002) señalan que, éste proviene de dos derivaciones: primero, del latín *stringere* (oprimir, apretar o atar); y segundo, del vocablo inglés *strain* (tensión excesiva de características fisiológicas como parte de una respuesta corporal). Y para Sandín (2003) es un conjunto de respuestas que se presentan ante estímulos que atentan sobre el equilibrio para el organismo.

Hans Selye se configura como uno de los primeros en manejar el término “estrés”, retomado desde la física hacia la medicina, al referirlo como “un conjunto de respuestas fisiológicas fundamentalmente hormonales y como una reacción a estímulos inespecíficos (estresores)” (Sandín, 2003, p. 143), es decir, constituye una reacción corporal que se presenta en un organismo ante cualquier estímulo que suponga una amenaza para su estabilidad. De esta forma, es posible identificar dos términos: en primer lugar, *strain* que refiere a los cambios corporales originados por un estímulo externo; y en segundo, *stress* que tiene que ver con la fuerza en sí (Crespo & Labrador, 2003). Así, retomado de otra disciplina la palabra “estrés” tiene sus inicios como un modelo médico que supone alteraciones a nivel fisiológico.

A lo largo del tiempo el uso de la palabra estrés, se ha ido ajustando en cuanto a su significado dependiendo de las necesidades particulares de cada etapa de la historia. Es así que, las nociones sobre el estrés comenzaron a vislumbrarse desde la Primera Guerra Mundial, cuando los soldados desarrollaban crisis emocionales provocadas por estímulos propios de los eventos bélicos (conocidas como “shock de las granadas”), erróneamente atribuidos a las consecuencias cerebrales del ruido de las explosiones. Posteriormente, el término comenzó a manejarse de forma profesional tras la Segunda Guerra Mundial, cuando los líderes militares identificaron que los soldados se “desmoronaban” a mitad de combate, o bien presentaban dificultades para luchar; volviéndose necesaria la búsqueda de hombres que fueran resistentes al estrés, teniendo como resultado un aumento en el número de investigaciones desde el campo de la psicología (Lazarus & Lazarus, 2000). Por tanto,

el estudio del estrés, se vuelve importante a partir de la necesidad humana por afrontarlo de manera adecuada, así como generar respuestas desde campos profesionales.

Por tanto, a partir de su etimología e historia es posible dar pauta a un abordaje más claro del vocablo, que permita una mejor comprensión y uso tanto en el lenguaje coloquial como en la literatura, especialmente en el campo de la psicología.

Parece no existir un consenso en cuanto a la definición del estrés, derivando en confusiones, por lo que autores como Gil-Monte (2005, citado en Hernández, 2012) señalan que éste puede hacer alusión al suceso, a la percepción sobre el mismo, o bien, a la respuesta psicológica y fisiológica a consecuencia de dicho suceso. Sin embargo, aun cuando no se haya delimitado el concepto en sí, existen también similitudes entre las diferentes definiciones.

Ahora bien, con el fin de establecer una conceptualización desde el campo de la psicología, a continuación, se presentan algunas definiciones de diferentes autores.

Para empezar, 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)

Asimismo, teniendo en cuenta al estrés desde el enfoque psicológico, Lazarus y Folkman (1991) y Kaminoff y Proshansky (1982, citado en Hernández, 2012) lo conceptualizan como una evaluación cognoscitiva que origina respuestas de diferentes tipos: conductuales, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y actitudinales; derivadas a partir de las demandas ambientales que se interpretan como amenazantes.

Igualmente, Lazarus (1999, citado en Gómez, 2012) refiere al estrés como “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). De modo que, a pesar de no existir una definición unánime, los autores coinciden en los componentes que lo configuran, es decir, los estímulos (el medio) y las respuestas (del organismo).

En cuanto a las características del estrés, su sintomatología se manifiesta en distintos niveles: psicológico, fisiológico y conductual. Además, existen diferentes tipos de estrés, cada uno orientado tanto a las respuestas del organismo, como a los estímulos que las promueven.

Por lo cual, desde una perspectiva global, es posible distinguir al estrés a partir de sus expresiones fisiológicas y/o psicológicas. En este caso, Lazarus y Lazarus (2000) señalan que existen dos tipos de estrés: fisiológico y psicológico. El primero, producido al someter un cuerpo a exigencias de esfuerzo físico (como el deporte, por ejemplo), que deriva en modificaciones orgánicas como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, fatiga, sudor, etc. Y el segundo, en donde las mismas respuestas fisiológicas pueden ser causadas por alteraciones de índole psicológica, como el enojo o la frustración ante determinado suceso. Sin embargo, aun cuando ambos tipos de estrés comparten las respuestas del organismo, es importante diferenciar uno del otro, puesto que las condiciones para que cada uno se presente son diferentes.

Además, teniendo en cuenta que el estrés es una reacción en la cual se da una movilización general de los recursos del organismo, desarrollada a partir de eventos que figuran como una demanda para el mismo (ya sea porque implican una pérdida, amenaza o reto). Crespo y Labrador (2003) mencionan que dicha reacción genera diferentes tipos de respuestas, que favorecen un adecuado procesamiento de la situación o estímulos presentes y una respuesta más efectiva para poder afrontarla o manejarla.

Así, dentro de estas respuestas, se distinguen tres tipos: fisiológicas, cognitivas y motoras. Por un lado, las respuestas fisiológicas se representan con un aumento general en la actividad del organismo, las cuales lo habilitan para hacer frente a las demandas del medio (por ejemplo, aumento en el ritmo cardíaco, sudoración de manos, tensión

muscular). Por otro lado, las respuestas cognitivas incluyen la evaluación o valoración constante sobre la connotación y las posibles consecuencias sobre lo que está aconteciendo; de manera que puede haber un incremento en la atención a los estímulos que a su vez dependen del tipo de pensamientos, sensaciones, emociones, sentimientos, recuerdos, y su asociación con creencias, costumbres, aprendizajes y aspectos sociales y ambientales que median los comportamientos de los individuos. Y finalmente las respuestas motoras, que configuran las llamadas conductas o estrategias de afrontamiento, entre las que se encuentran la negación, la búsqueda de apoyo, la planificación o el distanciamiento de la fuente, así como la construcción de género.

En suma, este tipo de respuestas preparan al organismo para actuar ante las diferentes amenazas que se encuentran presentes en su entorno, y que constituyen los denominados “estímulos estresores”.

Llegados a este punto, resulta importante aclarar que la respuesta al estrés no es en sí misma nociva; es decir, se trata más bien de una reacción adaptativa en pro de afrontar situaciones de peligro. Sin embargo, es posible que los recursos disponibles se agoten cuando dicha reacción se manifiesta de forma repetida, facilitando la aparición de diversas problemáticas (Crespo & Labrador, 2003). Así, habría que distinguir entre el estrés nocivo (denominado distrés) de aquel que genera una respuesta útil (llamado eutrés) (Segura & Pérez, 2016). Por lo anterior, resulta fundamental diferenciar entre los eventos que promueven una movilización funcional de los recursos, y aquellos que resultan en un perjuicio para el adecuado funcionamiento del individuo.

Por su parte, Crespo y Labrador (2003) señalan que las patologías asociadas al estrés pueden asumir diversas formas. En este caso, puede haber un impacto negativo en aspectos físicos como trastornos gástricos, cardiovasculares, asma, entre otros. También, es posible que afecte a problemas psicopatológicos (por ejemplo, trastornos de ansiedad, depresión, problemas sociales o familiares), facilitando su aparición o agudizándolos; además de propiciar la aparición de trastornos considerados como la expresión de una inadecuada adaptación a estresores graves o continuados (como el Trastorno por Estrés Postraumático o trastornos adaptativos). En pocas palabras, cuando el estrés es nocivo ocasiona consecuencias en más de un área del individuo.

En relación con las distintas formas de estrés, Crespo y Labrador (2003), establecen tres tipos, con características y síntomas diferenciados: estrés agudo, episódico agudo y crónico. El estrés agudo figura como la forma más común de estrés, y se desarrolla cuando existen presiones o demandas, ya sean presentes o que se anticipan en un futuro próximo; dentro de sus síntomas se encuentra el malestar emocional, los problemas musculares, estomacales o intestinales, así como la hiperactivación transitoria. Por su parte, el estrés episódico agudo se da cuando los episodios de estrés agudo se presentan de manera repetida y frecuente; en este caso, la sintomatología se relaciona con la hiperactivación prolongada (migraña, hipertensión, trastornos cardíacos, problemas en la piel, etc.). Conviene subrayar que algunos de estos problemas pueden agudizarse por el consumo de alcohol, tabaco, fármacos, entre otros. A su vez, el 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.

Ahora bien, existen ciertas propiedades que contribuyen a volver estresante un acontecimiento, por ejemplo: el cambio o novedad del evento, la falta de predictibilidad, la incertidumbre sobre lo que pueda suceder, la ambigüedad, situaciones que sobrepasan los recursos, etc. De manera que, es posible hablar de diversas fuentes de estrés que se encuentran presentes en el ambiente natural, tales como: acontecimientos o sucesos vitales estresantes (como situaciones bélicas, enfermedades terminales, desastres naturales, etc.), acontecimientos diarios (por ejemplo, disputas familiares, problemas económicos, pérdida de objetos, etc.), así como situaciones de tensión crónica mantenida (la sobrecarga constante de trabajo, perspectivas de futuro inciertas, un puesto laboral conflictivo, cuidadores de enfermos, etc.). A dichos estresores de tipo psicosocial habría que agregar una serie de variables ambientales, tales como el ruido, el hacinamiento, la temperatura extrema o la deprivación sensorial (Crespo & Labrador, 2003). Al mismo tiempo, Kusnetzoff (2008) señala diversos tipos de estímulos estresores, acorde 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.). Es así como, además de los eventos en sí, existen diversos factores que pueden ser evaluados como estresantes por un individuo.

Teniendo en cuenta que la salud fisiológica y psicológica de un individuo se ve afectada cuando los estresores se presentan de manera reiterada en su medio ambiente, resulta importante profundizar en aquellos que lo viven cotidianamente.

Dicho lo anterior, aun cuando el estrés se encuentra presente en diferentes profesiones de la sociedad actual, así como en la vida diaria, las profesiones de la salud se configuran como aquellas en las que el grado de exigencias y presiones laborales es mayor, agregando la dificultad para controlarlas; por lo que éstas suelen presentar mayores niveles de estrés, a diferencia de otras. De ahí que, autores como García y Gil (2016) señalen que las repercusiones del estrés en las profesiones sanitarias o de la salud sean especialmente graves, considerando que dichos profesionales son personal público con elevadas demandas en su labor: además de la constante necesidad por mantener actualizados sus conocimientos, las demandas salariales, entre otras problemáticas.

Así, por ejemplo, la mayoría de estudios sobre estrés en el personal hospitalario muestran que los índices de estrés se elevan en mayor medida cuando la actividad se lleva a cabo en áreas donde la responsabilidad y los escenarios de emergencia son constantes; volviéndose crucial un análisis exhaustivo en los ambientes laborales estresantes de dicho personal (Aguado, Batiz & Quintana, 2013). Por consiguiente, se resalta la importancia de distinguir la forma en que los profesionales de la salud toman en cuenta y procuran su bienestar.

Existen diversos recursos que se ponen en marcha cuando un evento es interpretado como amenazante. En relación con ello, las estrategias de afrontamiento se definen como 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, p. 152).

Por tanto, a pesar de encontrarse distintas conductas y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés, resulta importante hacer mención de aquellas que son utilizadas particularmente por los médicos. Tal es el caso de Paris (2007), cuyos hallazgos muestran que entre las principales estrategias se encuentran la resolución de problemas y el distanciamiento de la fuente de estrés (uso del tiempo libre o distancia emocional, por ejemplo); seguidas de la resignación y el uso de estrategias desadaptativas (consumo de

alcohol, tabaco, somatizaciones, automedicación, etc.). Es decir, las diferentes formas de afrontamiento del personal médico recaen, entre otras cosas, en el consumo de alcohol y otros psicofármacos, aun cuando su formación profesional supone el conocimiento sobre los efectos y consecuencias de su composición química sobre el organismo.

Así, es posible establecer la función reguladora de las estrategias de afrontamiento respecto a las repercusiones negativas causadas por el estrés, sobre la salud. Empero, las respuestas individuales ante los estresores se encuentran sujetas a distintos elementos, como la magnitud de la demanda y el modo en que ésta sea percibida, la capacidad y los recursos para hacer frente al evento, las limitaciones personales o ambientales, así como el apoyo social (Sandín, 2003; Escribá-Agüir & Bernabé-Muñoz, 2002). En pocas palabras, las formas de afrontamiento que se habilitan ante una situación estresante (sean adecuadas o no), dependen en gran medida del ambiente en el cual se presentan, es decir, se adecuan al mismo según sus elementos.

Con respecto a las consecuencias originadas por el estrés, se ha hecho mención de que éstas pueden aparecer en diferentes esferas como la fisiológica, cognitiva o conductual; de modo que, a continuación se hace referencia a las repercusiones biopsicosociales del estrés en el personal médico.

Las consecuencias del estrés sobre la salud de los profesionales, particularmente de los médicos, generan un foco de atención puesto que son los cuidadores y promotores de la salud quienes presentan diversas problemáticas debido a su incapacidad para hacer frente al estrés, o bien, sus estrategias poco funcionales. De manera general, Mingote, Moreno y Galvez (2004) mencionan que el incremento del estrés laboral en el área médica ha ocasionado consecuencias significativas que afectan a la salud mental, física, sexual, a la calidad de vida y eficacia profesional del médico. Por un lado, entre las repercusiones a nivel conductual se encuentran: consumo de alcohol, tranquilizantes o drogas ilícitas, ya sea como intento de afrontamiento o como evitación de los estresores. Por otro lado, a nivel biológico se manifiestan las enfermedades y episodios como sensación de agotamiento, cansancio, falta de aliento, que pueden derivar en infartos al miocardio, angina de pecho inestable y la muerte cardiaca súbita, problemas de hipertensión, etc. A su vez, las consecuencias a nivel social incluyen el aumento en los turnos laborales, los cambios de oficio o profesión, el desempleo eventual y las prejubilaciones no relacionadas

a la enfermedad; además, son comunes los problemas familiares a causa de dificultades en la comunicación, irritabilidad, hostilidad, así como un progresivo aislamiento social y distanciamiento en las relaciones interpersonales.

Al mismo tiempo, investigaciones realizadas por diversos autores demuestran la presencia de diversas problemáticas; por ejemplo, aumento en la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, altos niveles de nerviosismo, tabaquismo y alcoholismo, trastornos gastrointestinales (gastritis y/o colitis), insomnio, solicitud de incapacidades, agotamiento emocional, sensación de baja autorrealización, así como despersonalización. Ello, como consecuencia de distintas fuentes estresoras, como: el abuso de jerarquía, autoritarismo, desabasto, ejercicio de roles de trabajo asistencial, diferentes al médico, sobrecarga laboral con poco tiempo para el descanso, entre otras (Arenas, 2006; Barraza et al., 2009). De modo que, el estrés propio del ambiente hospitalario, no sólo tiene repercusiones a nivel individual, sino que se vuelve una problemática para las instituciones en las cuales se desenvuelve el médico.

En resumen, las consecuencias que genera el estrés no se limitan a manifestaciones biológicas en el organismo; además, se incluyen elementos psicológicos y sociales, los cuales que no se encuentran aislados entre sí; más bien, responden de manera conjunta.

Si bien existen vastas investigaciones relacionadas entre el estrés, la sexualidad es una actividad que también se ve afectada ante situaciones de estrés, de ahí que se vuelve fundamental revisar cuáles pueden ser algunas de las consecuencias del estrés en la sexualidad del personal de salud, particularmente en aquellos que pueden ser más vulnerables como es el caso de los Médicos Internos de Pregrado, dado que forman parte del sector médico que presenta mayor vulnerabilidad al estrés y por ende, son comunes las consecuencias tanto en su salud física como mental, desvaneciendo el hecho de que, antes que promotores y cuidadores de la salud son seres humanos que, al igual que los demás, se encuentran expuestos tanto a las demandas del medio en que se desenvuelven, como de su cuerpo-mente.

Por lo que refiere a la sexualidad, se propone tratarla desde los elementos que la componen, así como los principales conceptos que la integran, y que desempeñan un papel esencial para el desarrollo de la investigación.

Durante muchos años la sexualidad ha constituido una materia de interés para diferentes disciplinas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en Arango, 2008) define la sexualidad como una interacción de diversos factores, entre los que se encuentran: biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos; los cuales no sólo se fundamentan en el sexo como tal, sino en otros tantos componentes relacionados, como el género, el erotismo, la orientación e identidad sexual. De este modo, dicho tema produce un campo de conocimiento integral que configura a los seres humanos como seres sexuados y que, por tanto, se relaciona con las formas de comportamiento, pensamiento, fantasías y relaciones a través de la cultura en que se desarrollan.

Teniendo en cuenta que la sexualidad funge como un todo, se ha identificado que en el ámbito médico, los conocimientos para integrarla tanto en el área profesional como en la vida personal, no son suficientes, dado que la información que se transmite en la formación académica se centra básicamente en aspectos de tipo anatómico y fisiológico, así como en las patologías, diagnóstico y tratamiento. Por ende, es frecuente que los Médicos Internos de Pregrado se enfrenten a dificultades en cuanto a la atención de este tipo de temas con pacientes que así lo demandan, o incluso, a la hora de considerar su propia sexualidad.

De este modo, dicho tópico retoma especial atención al incluir aspectos que van más allá del sexo o el acto sexual (siendo, más bien, algunos de los componentes que integran la sexualidad); en cambio, extiende el panorama a aspectos no sólo de tipo biológico, sino también psicológicos, sociales y culturales. Así, por ejemplo, autores como Masters, Johnson y Kolodny (1987) mencionan que “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); dicho de otro modo, además de incluir una respuesta fisiológica, se trata de una formación de personalidad que deriva desde un hecho biológico, hacia el contexto social, cultural y, por ende, psicológico.

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en Arango 2008), establece que el concepto de “sexualidad” hace referencia 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.” (p. 5)

Mientras tanto, Gómez (2013) señala que la sexualidad tiene sus inicios desde el origen y evolución de las especies, particularmente de la transición de la reproducción asexual, a la reproducción sexual. Más tarde, la biología se ocupa en diferenciar los cuerpos con distintos sexos, esto es, los seres sexuados; que transitan a partir de este dimorfismo hacia una dimensión psicológica, la cual se ajusta a un contexto sociocultural específico. Por consiguiente, la sexualidad integra un conjunto de elementos como conductas, pensamientos, ideologías, etc., que la componen más allá de un aspecto esencialmente biológico.

Es así que, existen distintos elementos para tratar la sexualidad. Primero, los aspectos biológicos que regulan el desarrollo sexual; los cuales van desde la esfera reproductiva hasta las fuerzas biológicas que condicionan el comportamiento sexual, esto es, tanto las diferencias en cuanto a la conducta propia de hombres y mujeres como las reacciones fisiológicas producidas en cada uno. Después, la dimensión psicosocial, que parte de la evolución de los seres sexuados hacia la formación de la identidad derivada del sexo biológico, regulada en función de las normas y contexto social en el cual se desenvuelvan. También, el componente cultural que, junto con lo psicosocial, distingue valores y creencias que conceden a los seres sexuados la apropiación de determinadas costumbres conforme a su entorno. Además, la esfera conductual, que valora el comportamiento en sí, ejecutado en función del encadenamiento de todos los elementos mencionados (Masters, Johnson & Kolodny, 1987). De ahí que, al ser un constructo que integra distintas dimensiones, conceptos y elementos, se vuelva complejo su estudio a partir de uno solo, puesto que no funcionan por separado.

Con respecto a los conceptos que, de manera integral conforman la sexualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en Arango, 2008) propone una serie de definiciones relacionadas con el tema, entre las cuales se incluyen: el “**sexo**”, que hace alusión a una serie de características biológicas que permiten diferenciar a los humanos como hembras o machos; el “**género**”, que refiere al conjunto de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales, fundamentadas en el sexo; la “**identidad de género**”, que determina el grado en que cada individuo se reconoce como masculino, femenino, o bien, como una mezcla de ambos, correspondiendo o no con el sexo biológico. Dicha identidad, concede a las personas la posibilidad de organizar un autoconcepto y así, comportarse socialmente conforme a la percepción de su propio sexo y género; la “**orientación sexual**”, que tiene que ver con una disposición específica del erotismo y/o vínculo emocional hacia el género del otro, implicado en la actividad sexual; el “**erotismo**”, que hace referencia a la capacidad de experimentar las reacciones subjetivas que originan los fenómenos físicos identificados como el deseo sexual, la excitación y el orgasmo y que comúnmente se relacionan con el placer sexual; el “**vínculo afectivo**”, que hace alusión a la capacidad de crear lazos con otros individuos que se construyen y sostienen a través de las emociones; la “**actividad sexual**”, que conforma una manifestación conductual de la sexualidad, en donde el elemento erótico es el más preponderante; las “**prácticas sexuales**”, que incluyen pautas de actividad sexual desarrolladas por individuos o comunidades y que son lo suficientemente sólidas como para ser predecibles; y finalmente la “**salud sexual**”, que determina la experiencia durante un proceso permanente de consecuciones en el bienestar biopsicosocial, vinculado a la sexualidad.

Por todo esto, la sexualidad comprende diversos conceptos que operan de manera integral, y que conforman tanto las bases biológicas, como psicológicas y sociales en la conducta de los seres humanos.

Ahora bien, el deseo sexual figura como otro aspecto relevante dentro del campo de la sexualidad. De manera que, se propone presentar una definición del mismo, así como integrar los elementos que lo conforman, considerando que, si bien su origen es de naturaleza biofisiológica, se extiende al ámbito de lo psicológico como principal detonante de las respuestas sexuales del individuo.

Así, Gómez (2013) vincula el origen biofisiológico del deseo sexual a una estructura anatómico-neuro-endócrina, cuya función esencial es la supervivencia de la especie por medio de la reproducción. Por su parte, el Diccionario de la Lengua Española define a éste como un “movimiento afectivo hacia algo que se apetece, acción y efecto de desear, impulso, excitación (Wally, 2008, p. 62). De forma semejante, Levine (1987, citado en Gómez, 2013) menciona que el deseo sexual hace referencia a una “energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual” (p. 117). Por lo cual, se integran elementos tanto biológicos como psicológicos que permiten al individuo encontrar su satisfacción.

Acerca de los elementos que integran al deseo sexual, Levine (1987, citado en Gómez, 2013) señala al impulso, el anhelo y el motivo como parte de éstos. Por un lado, al impulso lo define como “el efecto que surge de la acción de las bases biofisiológicas que rigen el comportamiento sexual.” (p. 117). Por otro lado, el anhelo tiene que ver con “las ganas, al anhelo de tener relaciones sexuales independientemente del impulso.” (p. 118). A su vez, el motivo “representa la disposición hacia la actividad sexual.” (p.119). En este sentido, a partir de los componentes mencionados, se atraviesa por una sucesión desde lo biopsicológico hasta el consentimiento del deseo sexual, o sea, el motivo como aceptación de la presencia de los elementos anteriores.

Más aún, existen determinados estímulos que promueven las reacciones del individuo y que forman parte de la conformación del deseo sexual. En este caso, los “inductores” constituyen aquellos estímulos que implican una carga erótica y que pueden provenir de aspectos de tipo endógeno, como los pensamientos, recuerdos o fantasías; o bien, un origen de tipo exógeno, que incluye la estimulación visual, olfativa, auditiva, etc. (Gómez, 2013). Por consiguiente, dichos estímulos facilitan la activación del deseo sexual conforme a los gustos, experiencias y expectativas particulares de cada persona.

En pocas palabras, el deseo sexual se deriva de aspectos biológicos, a partir de la activación de ciertos sistemas en el organismo; incluyendo también elementos psicológicos compuestos desde los inductores, que promueven reacciones en el mismo y lo impulsan a desarrollar determinadas conductas de tipo sexual. Por tanto, se puede decir que el deseo sexual se configura a partir de experiencias subjetivas del individuo, puesto que cada uno

integra diferenciadamente los estímulos que le provocan reacciones orgánicas y conductuales, según el contexto en el cual se desarrolle.

Otro aspecto a considerar dentro de la sexualidad, hace alusión a las prácticas o conductas que se ejecutan como medio de expresión y obtención de placer. De manera general, Shibley y DeLamater (2006) encuentran diferentes “técnicas sexuales” como parte de esta expresión, entre las que destacan el beso (también conocido como estimulación boca a boca), que es una de las más usuales en diferentes culturas; la estimulación buco-genital, como el cunnilingus (de los genitales femeninos) y la felación (de los genitales masculinos); y por último la masturbación, que implica la autoestimulación de los genitales como búsqueda de satisfacción. Dichas técnicas, se incluyen como parte de las prácticas de manifestación y obtención del placer, además del coito *per se*.

Por lo que refiere a las disfunciones sexuales, éstas engloban un conjunto de problemáticas tanto físicas como psicológicas, relacionadas con la puesta en práctica de la actividad sexual; por ende, resulta importante diferenciar entre sus categorías, así como sus causas. Al respecto, las disfunciones sexuales aluden a aquellas dificultades que impactan, reiteradamente, sobre alguna de las fases de la respuesta sexual humana; éstas pueden ser de tipo accidental o crónico y su origen se puede deber tanto a factores físicos, como emocionales o anímicos. Entre estas disfunciones se encuentran: la anafrodisia o ausencia de deseo; la ausencia o insuficiencia eréctil o de la secreción vaginal; el vaginismo; la eyaculación precoz; así como la anorgasmia, que hace referencia a la imposibilidad o dificultad de alcanzar la fase de orgasmo (Kusnetzoff, 2008).

Simultáneamente, Shibley y DeLamater (2006) sugieren cuatro categorías para distinguir a las disfunciones sexuales. Primero, los trastornos del deseo, entre los cuales se encuentra el deseo sexual hipoactivo (falta de interés en la actividad sexual) y el trastorno por aversión al sexo (en donde se presenta ansiedad, temor o asco ante la interacción sexual). Segundo, los trastornos de la excitación, que engloban al trastorno de la excitación sexual en la mujer (falta de respuesta ante la estimulación, aunado a la falta de lubricación) y el trastorno de la erección (incapacidad para presentar una erección o mantenerla). Tercero, los trastornos orgásmicos, que comprenden a la eyaculación precoz (dificultad para retrasar la eyaculación) así como los trastornos orgásmicos masculinos y femeninos (incapacidad para alcanzar el orgasmo, a pesar de encontrarse sumamente excitado y haber

tenido gran cantidad de estimulación sexual). Y cuarto, los trastornos asociados al dolor, que integran a la dispareunia (dolor genital durante el coito) y el vaginismo (contracción espástica de los músculos que rodean la entrada de la vagina).

En definitiva, aun cuando algunas de las disfunciones sexuales se deban a causas puramente fisiológicas, pueden tener un impacto negativo en el ámbito psicológico que perjudica tanto a la persona que las presenta, como a la relación interpersonal y afectiva con la pareja.

Dicho lo anterior, resulta importante hacer mención de aquellos elementos de la sexualidad que tienen relación con la población de médicos; presentando algunas evidencias sobre la materia.

De esta forma, a pesar de que la sexualidad figura como uno de los aspectos con mayor trascendencia en la conformación de una persona, el ámbito médico ha desatendido a lo largo del tiempo los factores socioculturales que se encuentran presentes como parte de la sexualidad humana, centrando su atención sobre la función reproductiva, principalmente (Alzate, 1974). De ahí que, la formación médica se concentre fundamentalmente en cuestiones más de tipo biológico y/o patológico.

Así, por ejemplo, Salinas y Jarillo (2013) exploraron los significados sobre la sexualidad de los pasantes de medicina, en tanto constructo social. En este caso, el discurso médico revela que las nociones sobre sexualidad se limitan al coito o a las diferentes patologías que pueden encontrarse a partir de ésta, desvaneciendo aspectos como el gozo, el placer y el erotismo. Lo cual, pone de manifiesto la incompatibilidad entre el énfasis biológico de su formación académica y las demandas de salud sexual y reproductiva a las que se encuentran expuestos en su labor; derivando en una falta de habilidades para abordar dichas temáticas en su quehacer como médicos. En concreto, los resultados demuestran que los planes de estudio y las instituciones de salud abordan la sexualidad desde una perspectiva biológica, restando valor a aquellos elementos tanto psicológicos, como sociales y culturales que conforman la sexualidad.

En consecuencia, la invisibilidad del componente subjetivo de la sexualidad y su representación como constructo social, supone una problemática en la actividad laboral y vida personal de los pasantes de medicina.

Mientras tanto, González, Durán, Mantecón, Lugones y Moya (2010) indagaron sobre las conductas y actitudes de estudiantes de medicina en torno a la sexualidad. Como parte de los hallazgos, se encontró que un 51.9% de la población total lleva a cabo prácticas sexuales de riesgo de forma eventual, es decir, sin protección; preponderando con un 62.2% para los varones. Además, un 43.4% de los estudiantes manifestó el interés por conocer sobre las características de las enfermedades de transmisión sexual; seguido de un 24.3% quienes se inclinan por saber acerca del modo de contagio; vale la pena señalar que, únicamente el 9.4% de la población reportó la necesidad de ser orientados respecto a temas de sexualidad y perspectiva de género. Dichos autores subrayan la importancia de proporcionar una formación médica más integral, abarcando aspectos más allá de lo académico, a fin de obtener un beneficio en el quehacer profesional, ofreciendo al paciente un servicio de mayor calidad.

En suma, resultan evidentes las escasas nociones en cuanto a temas relacionados con la sexualidad dentro del ámbito médico, lo cual implica una problemática en cuanto a la atención del paciente, limitándolo a una dualidad biológica y patológica. Aunado al hecho de que existe poca evidencia sobre el tópico en cuestión.

Ahora bien, considerando que el estrés puede ser origen de diversas problemáticas e impactar en distintos ámbitos, ya sea físicos, psicológicos o sociales, es menester hablar sobre sus consecuencias en la sexualidad; en especial, cuando una persona se encuentra expuesta a constantes situaciones de estrés. Ya que, aun cuando en la literatura se encuentra vasta información acerca de las consecuencias en otras áreas (familiar o laboral, por ejemplo), son escasas las investigaciones que centran su atención sobre la relación entre el estrés y la sexualidad.

Dado lo anterior, Kusnetzoff (2008) menciona que el “mal” estrés destaca como uno de los principales aspectos que impactan de manera nociva en el ejercicio pleno de la sexualidad; ya sea por sus propias reacciones (como la tensión o irritabilidad, por ejemplo) o debido a sus implicaciones sobre la salud en general. Es importante mencionar que,

desde un enfoque puramente fisiológico, se presenta una disminución en los niveles hormonales de tipo sexual, a partir de la respuesta de afrontamiento ante una amenaza. Además, el autor señala que ninguno de los elementos que suelen encontrarse durante un episodio de estrés funcionan como impulso de la libido; en otras palabras, “usar” el acto sexual como remedio al estrés resulta poco favorable para el individuo.

Es así que, a pesar de que el estrés puede tener repercusiones en la sexualidad, ésta puede ser, a su vez, causa de estrés; ya sea por ausencia o presencia de la misma. En el último caso, existen diversos factores que facilitan identificar cuando la sexualidad es causa de estrés, estos son: cambio, rutina, presión, apuro y miedo. En primer lugar, el cambio; que hace referencia a las variaciones en los escenarios, que demandan al individuo responder de diferentes maneras (por ejemplo, las “primeras veces”). En segundo lugar, la rutina; que tiene como consecuencia conductas sexuales mecánicas y reguladas, sin la posibilidad de descubrimientos ni riesgos en la fatiga. En tercer lugar, la presión; que se vincula con los juicios sobre el propio rendimiento y la sensación de ser juzgado por la pareja sexual. En cuarto lugar, el apuro; mismo que resta valor al tiempo invertido y atención centrada en la esfera sexual, ejecutando otras actividades que son valoradas como más útiles o importantes. Y finalmente, el miedo; que se relaciona con temores concretos o intangibles sobre la actividad sexual, como los embarazos no deseados, sentimientos de culpa, el temor al castigo, por mencionar algunos (Kusnetzoff, 2008).

De ahí que, no necesariamente se establezca una asociación entre el estrés y la sexualidad como causa y efecto. Ya que, como se ha mencionado, tanto el estrés puede originar consecuencias sobre determinados aspectos de la sexualidad, como la sexualidad puede figurar como causa de estrés. Sea cualquiera el caso, es importante identificar sus consecuencias, a fin de que éstas puedan ser modificadas en pro de su funcionalidad.

En definitiva, el ejercicio profesional en el ámbito de la salud y hospitalario, específicamente el área médica, implica la presencia de altos índices de estrés que se corresponden con estilos de vida poco saludables, falta de habilidades funcionales para hacer frente a situaciones de estrés, por todo lo que la profesión conlleva en sí. Teniendo consecuencias en diferentes aspectos de su vida, entre los cuales se incluye a la sexualidad.

Con lo anterior, el estudio de un tópico en el que cual se vincula al estrés presente en una población que, orientada hacia la promoción y cuidado de la salud, se encuentra con altos niveles y formas poco funcionales de afrontamiento; con la sexualidad, que vista desde un enfoque médico se reduce a una dicotomía reproductiva-patológica; recobra importancia, para el campo de la psicología, su investigación e intervención hacia dicha población. Dado que existen vastas investigaciones sobre el estrés, y más aún acerca el estrés laboral, pero pocos estudios a cerca de éste y sus repercusiones en otras esferas del profesional de la salud, específicamente de su sexualidad.

Además, se ha demostrado que la población médica no aborda la sexualidad desde una perspectiva integral, es decir, biopsicosocial; ya sea en lo profesional o bien, en lo personal. Por lo cual, es común que sus conocimientos y aptitudes en cuanto al tema, resulten limitados para satisfacer las demandas de los pacientes; así como la posibilidad de que sus sean adecuados en su ámbito personal y sexual, lo que puede ocasionar estrés.

De manera que, a pesar de que la población médica ha sido investigada con amplitud en diversos aspectos, incluyendo al estrés laboral, poco se han estudiado cuestiones relacionadas con su sexualidad y salud sexual; aun cuando figuran como modelo para la sociedad en general, en cuanto al cuidado de la salud. Lo cual minimiza el hecho de que, al igual que los demás, son seres humanos vulnerables al medio, y también necesitan atención en los distintos aspectos de su salud no sólo física, sino también psicológica.

Por último, la presente investigación pertenece a un estudio más extenso sobre sexualidad humana en personal de salud, que se realiza dentro de las líneas de investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; y cuya responsable es la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto. De este modo, se abordará la línea de estudio relacionada con las consecuencias del estrés en la sexualidad de Médicos Internos de Pregrado.

Acerca de la metodología, la presente investigación tuvo un diseño de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo). Tomando en cuenta que este tipo de investigación busca comprender las realidades objetivas y subjetivas, permitiendo obtener una perspectiva más amplia y profunda del objeto de estudio, el presente trabajo pretende, en primer lugar, realizar una medición sobre los niveles y vulnerabilidad al estrés, a través de la aplicación

de dos Test sobre estrés, con el fin de identificar cuál es el nivel en el que se encuentran los Médicos Internos de Pregrado que realizaron su Internado en un Hospital Público de Tercer Nivel; ya que la rotación por diversos servicios durante un año de formación académica, puede representar retos y experiencias generadoras de estrés en los Médicos en formación, al estar en una Sede Hospitalaria en donde se cubren actividades asistenciales además de académicas. De igual manera, también es de interés del presente estudio dar voz a la perspectiva de los Médicos Interons de Pregrado (MIP), sobre la manera en que perciben el estrés como parte de su actividad profesional, el cómo viven su sexualidad, así como la manera en que relacionan ambos aspectos en su vida y quehacer cotidiano.

Objetivo general

Identificar y analizar las consecuencias del estrés en la sexualidad de Médicos Internos de Pregrado.

Objetivos específicos

- Conocer el nivel de estrés presente en la población estudiada.
- Identificar si el estrés percibido constituye una problemática no sólo en su vida laboral, sino también en la forma que experimenta su sexualidad.
- Identificar si el estrés percibido afecta de manera positiva la forma en que experimenta su sexualidad.
- Conocer si el estrés percibido 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 las estrategias de afrontamiento al estrés que ejecutan los Médicos Internos son adecuadas para su salud sexual.
- Identificar si la vida sexual de los médicos se ve afectada por el mal manejo del estrés dentro del ámbito hospitalario.

2. METODOLOGÍA

La presente investigación fue de tipo mixto, es decir, cuantitativa y cualitativa, lo cual permitió la integración sistemática de ambos métodos como lo señala Chen, (2006) (cit. en Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), y cuya finalidad es obtener una información más completa acerca de las temáticas estudiadas así como de su vinculación entre ambas (estrés y sexualidad). Además, la realización de un estudio de tipo mixto facilita el acercamiento para la evaluación y reporte de la relación entre el estrés y la sexualidad, ya que ambas están constituidas por dos realidades, una objetiva y la otra subjetiva.

Tipo de estudio: Fue un estudio de tipo Mixto, exploratorio, descriptivo.

Participantes. Participaron de manera voluntaria 34 Médicos Internos de Pregrado de la Generación 2018 que concluyeron su año de internado, de entre 22 y 29 años de edad. En total 15 varones y 19 mujeres (Véase Anexo 1).

Situaciones, lugares o escenarios. Se llevó a cabo en un Hospital Público de Tercer Nivel de la Ciudad de México, específicamente en las aulas asignadas por la Coordinación de Enseñanza e Investigación.

Técnicas e instrumentos empleados. Se aplicaron dos escalas validadas para determinar los niveles de estrés, así como la vulnerabilidad, en la población estudiada: el Test de Estrés Laboral (IMSS, adaptado del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos) (Véase Anexo 2) y el Test de Vulnerabilidad al Estrés (L. H. Miller & A.D. Smith) (Véase Anexo 3). Asimismo, se hizo uso de una guía organizada en ejes temáticos fundamentados a partir de la revisión bibliográfica, para dirigir los grupos focales (Véase Anexo 4). Además, se utilizaron tres videocámaras para la recolección de datos y su posterior transcripción.

Procedimiento. Para comenzar, por medio de la Coordinación de Enseñanza e Investigación del Hospital se convocó a la totalidad de MIP de la Generación 2018 para hacerles la presentación del estudio y extender la invitación a participar en ésta. Se hizo énfasis en que su participación era voluntaria y que se firmaría un Consentimiento

Informado; así mismo, se les aseguró que la información que proporcionarían sería empleada de manera confidencial y los datos serían empleados con fines académicos y científicos.

Los Médicos Residentes de Pregrado interesados en participar se anotaron en una lista general. Se les solicitó que pusieran su nombre, horarios y días disponibles para asistir a las entrevistas y el servicio en el que estaban rotando para facilitar su localización, una vez que se hubieran formado los grupos focales.

Con el total de MIP registrados, se procedió a formar tres grupos focales; el criterio para constituir los grupos dependió de su disponibilidad de asistir a las sesiones de trabajo. Quedando integrados el primer y segundo grupo, por 12 participantes y el tercero por 10 participantes. En la Tabla 1 se puede observar la distribución de los grupos focales, así como las fechas en que se llevaron a cabo las sesiones de trabajo, el número de integrantes de cada grupo, la duración de la sesión de trabajo con cada uno y las páginas correspondientes a la transcripción que se realizó de las sesiones.

Tabla 1

Trabajo de campo

Grupo	Fecha	No. de participantes	Duración	Páginas de transcripción
1	12/12/2018	12	135 min	16
2	13/12/2018	12	120 min	14
3	14/12/2018	10	120 min	11

Una vez formado cada grupo focal, se le informó a cada MIP sobre el día y horario en el que se solicitaba que asistieran. De manera que, en la dinámica de los grupos focales se siguieron 9 pasos:

Primero. Se hizo una breve presentación de los investigadores, así como de la relevancia y objetivos de la investigación.

Segundo. Se entregó a cada participante un sobre que contenía lo siguiente: una copia de la Carta Invitación y Consentimiento Informado, una copia del Test de Estrés

Laboral, una copia del Test de Vulnerabilidad al Estrés, una etiqueta autoadherible en blanco y un hoja pequeña en blanco.

Tercero. Se dio lectura de la Carta Invitación y Consentimiento, invitando a los participantes a firmarlo, para avalar su participación voluntaria y reiterarles la confidencialidad de su información. Se les solicitó que eligieran un pseudónimo y lo anotaran en la carta de consentimiento informado, así como en la etiqueta autoadherible, esto con la finalidad de que no olvidaran cuál era el pseudónimo que habían elegido, ya que con ese “nombre” se llevaría a cabo la actividad en los grupos focales.

Cuarto. Se les pidió que sacaran los Test sobre Estrés que se encontraban en los sobres y se proporcionaron las instrucciones para responder cada uno ellos. Al terminar su llenado, se les indicó anotar los puntajes obtenidos en cada Test, ya que esos datos servirían para que al finalizar la actividad, se les indicaran los resultados sobre el nivel de estrés que habían obtenido en cada uno de los Test. Al finalizar, se les pidió que guardaran nuevamente todo en su sobre y lo cerraran.

Quinto. Se solicitó a los participantes que salieran del aula, se les hizo entrega de un paliacate para cubrir sus ojos y se les pidió que colocaran la etiqueta autoadherible en su bata, en una posición donde se pudiera leer fácilmente su pseudónimo, para finalmente conducirlos hasta un asiento y así dar inicio a la discusión en el grupo focal.

Sexto. Se llevó a cabo el encuadre y se les recordó que se realizaría la videograbación de la sesión, tal como se había mencionado en el Consentimiento Informado. Con ello, se dio inicio formal al grupo focal, implementando la guía temática que incluía los siguientes ejes: estrés (definición, actividades estresantes y consecuencias); sexualidad (definición, relaciones de pareja, dificultades en la sexualidad,) y estrés-sexualidad (impacto del estrés sobre la sexualidad). Es importante mencionar que, como parte de la dinámica, únicamente se solicitó a los participantes que levantaran la mano en algunas de las preguntas abordadas para evitar que identificaran la voz de aquellos que respondieran afirmativamente, según fuera el caso. Una vez finalizada la discusión generada a partir de la guía temática y comentarios, se les pidió que retiraran el paliacate de sus ojos. Al terminar esta actividad, se les pidió que expresaran cómo se habían sentido

y qué les había parecido esta experiencia. La discusión final y los comentarios quedaron registrados en la videograbación.

Séptimo. Se solicitó que sacaran del sobre la hoja con los puntajes obtenidos en los Test de Estrés y se proporcionaron los resultados correspondientes a cada uno.

Octavo. Se ofreció información sobre estrategias de afrontamiento al estrés que podrían aplicar en diversas situaciones dentro de su Internado Médico como MIP.

Noveno. Se llevó a cabo el cierre del grupo focal, y se agradeció a los participantes por su colaboración en la investigación.

Ahora bien, para el procesamiento de los datos cuantitativos obtenidos de la aplicación de los Test sobre Estrés, se realizó primero una base de datos en el Software Estadístico SPSS (en su versión 21), posteriormente los resultados se presentaron empleando estadística descriptiva y se reportaron a partir de los porcentajes y medias obtenidos de la información.

En cuanto a los datos cualitativos, producto de las sesiones con los grupos focales, se reprodujeron las videograbaciones de las sesiones llevadas a cabo y se realizaron las transcripciones textuales correspondientes. Posteriormente, se realizó una lectura de las transcripciones con el fin de identificar las principales temáticas abordadas tanto en la Guía de entrevista como en la discusión; construyendo categorías analíticas para la presentación de los hallazgos. Adicionalmente, se seleccionaron los fragmentos de los participantes, presentados a manera de ejemplo de los resultados y finalmente, se trabajó desde el modelo de análisis de contenido.

3. RESULTADOS

Para los datos cuantitativos se llevó a cabo una estadística descriptiva, a partir de la cual se obtuvieron las medias de los puntajes obtenidos para cada uno de los instrumentos de estrés administrados, tanto de forma grupal como por género; también, los promedios correspondientes a cada uno de los ítems en ambos test; además, los puntajes individuales con el nivel de estrés correspondiente a cada participante; así como los porcentajes correspondientes al nivel de estrés obtenido en cada uno de los Test.

3.1. Datos obtenidos en el Test de Estrés Laboral

En primer lugar, en la Tabla 2 se muestran los resultados correspondientes al Test de Estrés Laboral; en donde se observan los puntajes mínimos y máximos obtenidos por los Médicos Internos de acuerdo con los niveles de estrés establecidos por el instrumento, así como las medias obtenidas en cada nivel, tanto por género, como de manera grupal. Así, aquellos que no presentan niveles de estrés obtuvieron un puntaje mínimo de 19 y un máximo de 34; presentando una media de 30 para las mujeres y de 27 para los hombres. De igual manera, los participantes que se encontraron en un nivel de estrés “leve”, obtuvieron un puntaje mínimo de 36 y un máximo de 46; siendo 39 puntos para las mujeres y 42 para los hombres. El resto de la población, se encontró con un nivel de estrés “medio”, teniendo como puntaje mínimo 49 y como máximo 56; con una media de 52 para mujeres y 48 para hombres. Como puede observarse, ninguno de los participantes obtuvo un nivel de estrés “alto” o “grave”. De manera que, el puntaje grupal fue de 39, lo que indica un nivel de “estrés leve” para esta población de Médicos Internos de Pregrado.

Tabla 2

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

Nivel de estrés	Puntaje	Puntajes obtenidos (min-máx)	Mujeres n Puntaje \bar{X}	Hombres n Puntaje \bar{X}	\bar{X} Grupal
Sin estrés	12-35	19-34	30	27	28
Estrés leve	36-47	36-46	39	42	40
Estrés medio	48-59	49-56	52	48	50
Estrés alto	60-71	---	---	---	--
Estrés grave	72	---	---	---	--

Posteriormente, en la Figura 1 se muestra el promedio de cada ítem en el Test de Estrés Laboral. Por un lado, el puntaje más alto (5.03) corresponde al ítem 4 que se relaciona con sensaciones de cansancio extremo o agotamiento; seguido de los ítems 5 y 11, indicando tendencia de comer, fumar o beber más de lo habitual (4.50) y tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana (4.68), respectivamente. Por otro lado, los ítems, 2, 3 y 9 obtuvieron un promedio de 3.76, 3.59 y 3.12 respectivamente; siendo estos: jaquecas y dolores de cabeza; indigestiones o molestias gastrointestinales; y temblores musculares. Ahora bien, los ítems con menor puntuación fueron el 7 y el 8, que corresponden a respiración entrecortada o sensación de ahogo (1.88) y disminución del apetito (2). Cabe señalar que, el ítem 6 (disminución del interés sexual) tuvo un puntaje de 2.62.

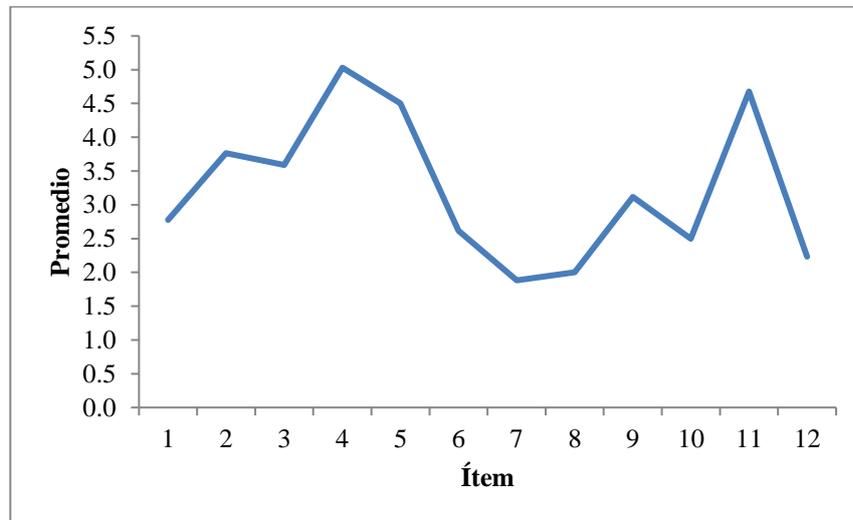


Figura 1. Promedio por ítem, del Test de Estrés Laboral

Aunado a lo anterior, en la siguiente tabla se presentan los puntajes obtenidos en cada ítem por cada uno de los Médicos Internos, para el Test de Estrés Laboral. Además, se señala el nivel de estrés al que corresponden sus puntajes. Como se puede observar, 12 de los participantes se encuentran “sin estrés”, mientras que 15 presentan un nivel de estrés “leve”, seguido de 7 médicos internos, cuyos resultados indican un nivel de estrés “medio” (véase Tabla 3).

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		
14	2	5	5	4	3	2	1	1	1	3	4	1	32	Leve
Agnes	6	6	3	6	6	2	2	2	5	2	6	6	52	Medio
BJ	-	1	2	6	6	3	1	1	1	1	3	3	28	Sin estrés
Chan	4	4	4	6	6	5	5	2	6	1	6	5	54	Medio
David	2	4	3	5	5	5	1	2	6	4	3	2	42	Leve
El Más Perrón	2	6	4	6	6	1	6	1	6	6	6	6	56	Medio
Eli	2	4	3	5	5	4	2	1	4	4	2	1	37	Leve
Héroe	2	1	3	4	4	1	1	1	3	1	4	1	26	Sin estrés
Karr	4	4	2	5	5	2	2	2	4	4	3	3	40	Medio
Carol	3	3	5	5	5	4	1	1	1	1	6	1	36	Leve
Krass	-	5	4	6	5	2	6	2	4	5	6	4	49	Medio
Kurt	4	3	3	6	5	1	1	4	6	4	6	2	45	Leve
La Pinta	1	5	4	4	3	1	1	-	3	2	2	1	27	Sin estrés
La Santa María	2	6	6	5	3	4	1	4	4	2	4	2	43	Leve
Lili	-	2	2	4	4	2	2	4	2	1	4	1	28	Sin estrés
Lolo	2	4	3	5	2	1	1	1	2	1	5	1	28	Sin estrés
Minnie	1	4	2	6	4	2	2	1	4	4	6	2	38	Leve
MIP	1	2	5	5	5	3	1	2	4	2	6	1	37	Leve
MIP Muestras	2	1	3	5	5	2	1	1	1	4	4	1	30	Sin estrés
MIP Naranja	3	5	6	6	6	3	4	3	4	3	6	3	52	Medio
MIP10	-	4	4	5	3	2	3	4	3	3	5	2	38	Leve
Mr. A.	4	5	3	6	5	2	2	2	4	3	5	1	42	Leve
Nadia	2	4	5	6	4	4	2	3	5	5	6	3	49	Medio
Paleta	2	6	1	4	3	1	1	2	1	1	3	2	27	Sin estrés
Patito	4	3	5	4	4	4	1	4	1	1	2	1	34	Sin estrés
Radovoyaguer	1	3	3	6	5	2	1	1	1	1	5	1	30	Sin estrés
René	4	4	6	4	6	3	2	1	4	2	6	4	46	Leve
RMN	-	1	2	2	3	2	1	1	1	1	4	1	19	Sin estrés
Roca Rey	5	3	3	6	6	5	1	1	1	1	6	3	41	Leve
Sanled	2	3	3	6	5	4	1	6	5	2	6	1	44	Leve
Schmee	4	5	6	4	2	4	3	1	2	1	4	4	40	Leve
Sisi	-	2	4	4	5	3	1	2	3	2	5	2	33	Sin estrés
Sol	4	5	4	6	5	1	2	1	1	4	5	2	40	Leve
WH	-	5	1	4	4	2	1	1	3	3	5	2	31	Sin estrés

Además, se obtuvo el porcentaje por género, correspondiente a los niveles de estrés encontrados en los participantes. De manera que, el 32% de la población de mujeres se encuentra sin niveles de estrés, mientras que el 47% presenta estrés leve y el 21% estrés medio. A su vez, el 40% de la población de hombres se encuentra sin niveles de estrés; seguido de un 40% con estrés leve y, finalmente, el 20% de los participantes obtuvo estrés medio (véase Tabla 4).

Tabla 4
Porcentajes por género en el Test de Estrés Laboral

Género	Sin estrés	Estrés leve	Estrés medio
Femenino	32%	47%	21%
Masculino	40%	40%	20%

3.2. Datos obtenidos en el Test de Vulnerabilidad al Estrés

Los datos de la Tabla 5 indican las medias obtenidas en cada grado de vulnerabilidad, tanto por género como de manera grupal, así como los puntajes mínimos y máximos de la población. Por un lado, los resultados muestran un puntaje mínimo de 17 y un máximo de 29 para “sin vulnerabilidad”; obteniendo una media de 25 para las mujeres y 24 para los hombres. Por otro lado, el puntaje mínimo obtenido en “vulnerable al estrés” fue de 31, mientras que el máximo de 47; teniendo una media de 38 para la población femenina y 39 para la masculina. En cuanto al nivel “seriamente vulnerable” se observa un mínimo de 50 y un máximo de 59, obteniendo una media de 50 y 59, para mujeres y hombres respectivamente. Así, se obtuvo un total de 39 puntos de manera grupal, lo cual indica una “vulnerabilidad al estrés” para la población de Médicos Internos.

Tabla 5
Resultados por grado de vulnerabilidad y por género en el Test de Vulnerabilidad al Estrés

Grado de vulnerabilidad	Puntaje	Puntajes obtenidos (min – máx)	Mujeres n Puntaje \bar{x}	Hombres n Puntaje \bar{x}	\bar{x} Grupal
Sin vulnerabilidad	<30	17-29	25	24	24
Vulnerable al estrés	30-49	31-47	38	39	39
Seriamente vulnerable al estrés	50-74	50-59	50	59	55
Extremadamente vulnerable al estrés	≥ 75	--	--	--	--

Después, en la Figura 2 se presenta el promedio de cada ítem en el Test de Vulnerabilidad al Estrés. Como puede observarse, la puntuación más alta (4.56) corresponde al ítem 6, que refiere a fumar media cajetilla de cigarros al día; seguido de los ítems 2, 5 y 9, los cuales obtuvieron un promedio de 3.82, 3.85 y 3.79, respectivamente; siendo estos: 7-8 horas de sueño por lo menos cuatro noches a la semana, ejercicio por lo menos dos veces a la semana y los ingresos satisfacen gastos fundamentales. Por lo que refiere a los ítems con menor puntuación, se encuentran el 4, 12 y 13, que corresponden a tener cerca a un familiar en el cual poder confiar (1.91), tener una red de amigos y conocidos (1.71), y tener uno o más amigos a quienes poder confiar problemas personales (1.71). Cabe señalar que los ítems 1, 14 y 17 relacionados con la alimentación balanceada, el goce de buena salud y las actividades recreativas, obtuvieron puntajes de 2.41, 2.12 y 2.09, respectivamente.

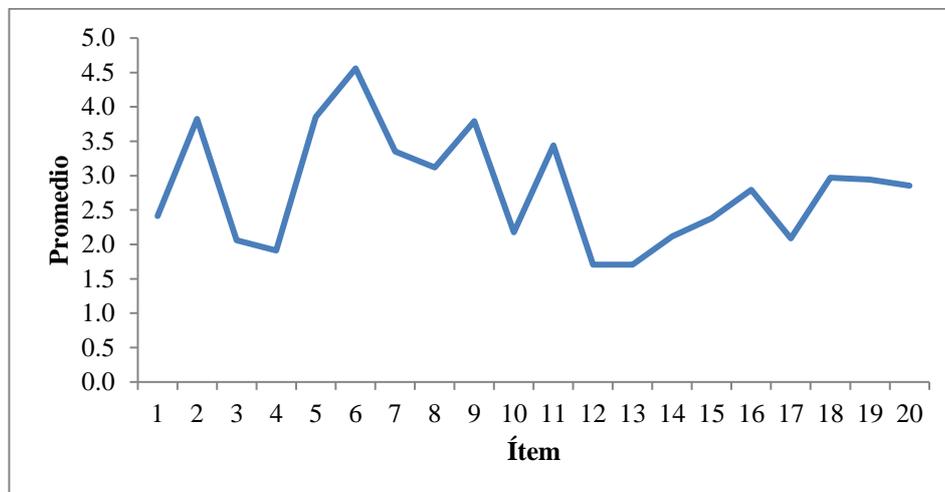


Figura 2. Promedio por ítem, del Test de Vulnerabilidad al Estrés

Relacionado con lo anterior, en la siguiente tabla se señalan los puntajes obtenidos por los participantes en cada ítem, para el Test de Vulnerabilidad al Estrés. Además, se establece el grado de vulnerabilidad al que corresponde cada puntaje. Así, los resultados indican que únicamente 10 de los participantes se encuentran sin vulnerabilidad al estrés; mientras que 20 de ellos se encuentran “vulnerables”; seguido de 4 médicos internos, cuyos puntajes señalan una seria vulnerabilidad al estrés (véase Tabla 6).

Tabla 6

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

PSEUDÓNIMO	ÍTEM																				TOTAL	PUNTAJE	NIVEL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
14	3	3	1	1	5	5	1	2	4	2	3	1	1	1	2	2	2	4	1	3	47	27	Sin estrés
Agnes	2	5	2	2	5	3	4	1	5	2	4	1	2	3	2	1	2	3	5	4	58	38	Vulnerable
BJ	1	1	1	1	1	5	5	2	5	1	2	2	2	1	2	2	1	1	5	1	42	22	Sin estrés
Chan	1	4	3	5	4	5	1	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	70	50	Seramente vulnerable
David	2	4	3	3	1	4	2	3	5	3	3	2	3	2	2	2	1	4	2	4	55	35	Vulnerable
El Más Perrón	2	5	3	2	2	5	5	5	5	1	4	1	1	3	2	5	1	2	1	2	57	37	Vulnerable
Eli	2	4	1	1	4	5	5	1	3	1	2	3	1	1	4	3	2	2	4	4	53	33	Vulnerable
Héroe	1	3	2	1	2	4	2	1	5	3	3	1	1	2	2	3	1	2	1	1	41	21	Sin estrés
Karr	4	4	2	1	5	5	4	1	4	2	3	3	1	3	2	4	3	4	4	4	63	43	Vulnerable
Carol	4	4	3	1	5	5	3	5	5	3	5	2	2	2	4	2	5	2	5	4	71	51	Seramente vulnerable
Krass	4	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	2	3	3	2	5	3	2	5	4	79	59	Seramente vulnerable
Kurt	4	3	1	1	1	5	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	5	4	66	46	Vulnerable
La Pinta	2	3	2	2	2	5	5	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	51	31	Vulnerable
La Santa María	4	4	4	1	3	5	5	4	2	2	4	1	1	2	4	2	2	2	3	3	58	38	Vulnerable
Lili	1	3	2	1	5	5	1	4	5	3	4	1	1	1	2	1	1	3	1	4	49	29	Sin estrés
Lolo	2	3	2	1	5	5	4	3	1	1	4	2	1	1	2	3	2	2	1	2	47	27	Sin estrés
Minnie	3	5	1	1	5	5	3	2	3	4	2	1	1	1	3	1	5	4	5	4	59	39	Vulnerable

Tabla 6 (Continuación)

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

PSEUDÓNIMO	ÍTEM																				TOTAL	PUNTAJE	NIVEL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
MIP	3	4	2	4	4	4	4	3	3	1	3	1	4	3	2	2	2	4	4	2	59	39	Vulnerable
MIP Muestras	3	4	2	2	4	5	3	3	3	2	4	1	1	1	4	4	2	4	1	3	56	36	Vulnerable
MIP Naranja	3	5	3	1	5	5	4	4	5	3	5	1	1	3	3	4	4	4	3	4	70	50	Seramente vulnerable
MIP10	3	4	3	5	5	5	3	3	5	3	3	2	3	3	3	1	1	3	2	4	64	44	Vulnerable
Mr. A.	1	4	1	1	3	5	4	5	5	2	3	1	1	1	3	3	1	3	5	4	56	36	Vulnerable
Nadia	4	1	2	1	5	4	5	5	5	4	4	3	1	3	2	4	3	4	4	3	67	47	Vulnerable
Paleta	2	4	1	1	5	5	5	4	2	2	4	1	1	2	1	3	2	2	3	1	51	31	Vulnerable
Patito	1	4	1	1	4	5	2	2	1	1	3	3	4	2	1	2	1	3	1	1	43	23	Sin estrés
Radovoyaguer	4	4	4	3	5	3	4	2	2	1	4	3	2	3	3	5	3	3	2	2	62	42	Vulnerable
René	1	5	1	1	4	5	1	3	5	1	3	1	2	3	1	4	1	3	1	1	47	27	Sin estrés
RMN	1	5	2	1	5	3	2	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	44	24	Sin estrés
Roca Rey	2	4	2	1	1	2	1	5	5	2	5	2	1	5	1	4	1	5	5	4	58	38	Vulnerable
Sanled	2	3	3	5	5	5	5	2	2	2	3	1	1	1	3	4	3	3	4	3	60	40	Vulnerable
Schmee	3	4	2	1	4	5	4	4	4	3	2	2	2	1	3	2	1	3	4	4	58	38	Vulnerable
Sisi	2	4	2	1	2	5	4	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	37	17	Sin estrés
Sol	2	4	1	1	5	5	4	1	3	1	2	1	1	1	2	1	3	3	4	3	48	28	Sin estrés
WH	3	4	1	5	5	3	3	5	5	2	3	1	1	3	3	5	1	3	2	2	60	40	Vulnerable

También, en la Tabla 7 se señalan los porcentajes de vulnerabilidad obtenidos tanto en la población de hombres, como de mujeres. Así, el 37% de la población femenina se encuentra sin vulnerabilidad al estrés, seguido de un 47% quienes se presentan como “vulnerables”; mientras que el puntaje del 16% de la población restante, indica una “seria vulnerabilidad”. Por su parte, el 20% de la población de varones se encuentra “sin vulnerabilidad”; mientras que la mayoría (73%) presenta “vulnerabilidad al estrés”; seguido de un 7% cuyos resultados señalan una “seria vulnerabilidad”.

Tabla 7

Porcentaje por género en el Test de Vulnerabilidad al Estrés

Género	Sin estrés	Vulnerable	Seriamente vulnerable
Femenino	37%	47%	16%
Masculino	20%	73%	7%

Ahora bien, una vez realizados los grupos focales, se categorizaron los resultados obtenidos de acuerdo a las temáticas abordadas en la guía de entrevista. Además, la forma y orden en que se presenta cada categoría y subcategoría, responde a esta misma y a las respuestas proporcionadas por los participantes. A continuación, se presentan dichas categorías.

3.3 Experiencias relacionadas con el estrés durante el Internado Médico

Se tomaron en cuenta las experiencias y significados de los Médicos Internos de Pregrado relacionadas con el estrés, durante su estancia en el Hospital.

3.3.1 Significados sobre el estrés

Se consideró la manera en que los participantes definen al estrés, de acuerdo con sus experiencias como MIP. Es así que, dos de los participantes (Roca Rey y Krass) desarrollan una visión negativa en torno al estrés, refiriéndolo como una amenaza para su equilibrio, que se da a partir de un evento particular, en donde se encuentran fuera de confort, desorientados, inestables; tal como se observa en sus testimonios:

Roca Rey: “Para mí es una situación en la que estamos fuera de confort, desorientados, sin tener la respuesta, y ligeramente desencadenados por un evento, o ciertos eventos que se viven en ese momento...” (S2, p. 3).

Krass: “Es un estado de inadaptación, de inestabilidad al medio (...) un estado que nos perjudica.” (S3, p. 1).

De igual modo, Nadia comparte la opinión de sus compañeros, al mencionar que el estrés tiene que ver con la “presión” que se siente al realizar alguna actividad, ya sea personal o laboral, y que causa malestar. Sin embargo, también menciona que éste puede incluso favorecer a la persona. A continuación, se presenta su relato:

Nadia: “Es una situación, o estado, en donde nosotros ejercemos bastante presión por realizar algún ejercicio (...) tanto relación personal como en el trabajo, que pues nos genera un malestar... Obvio en algunas ocasiones puede ser, incluso, que le favorezca a la persona que lo va a realizar, mantenerse en un estado de estrés...” (S3, p. 1).

De acuerdo con el relato de los participantes, puede identificarse cómo es que significan al estrés a partir de su experiencia en el internado. En este caso, se desarrollan dos visiones sobre el estrés: una, en donde se le considera como amenaza, y otra en la que, por el contrario, puede fungir como oportunidad para realizar satisfactoriamente determinada tarea.

3.3.2 Eventos estresantes en la actividad profesional

Se tomaron en cuenta aquellos acontecimientos que fueron factor de estrés para los participantes, durante su año de internado. En este caso, se puede apreciar en el discurso de Mr. A y BJ que uno de los servicios que más estrés les provocó fue el de Urgencias, debido a la carga de trabajo y a la misma exigencia de Médicos de mayor jerarquía, lo que les provocaba una sensación de bloqueo y enojo:

Mr. A: “Yo creo que uno de los servicios en general, que más nos genera este sentimiento o esa sensación de estrés, es el servicio de urgencias. A veces, tienes tanto trabajo, y los doctores siguen pidiendo cosas, siguen llegando pacientes. Entonces, a veces te sientes atrapado, no sabes qué hacer, te da... no sé, a veces te enojas, quieres ahorcar a los médicos porque a veces piden cosas sin sentido...” (S2, p. 3).

BJ: (...) “Cuando yo estaba iniciando el internado, pues como no sabes cómo se maneja el hospital es un poco pesado, y pues sí me estresaba en urgencias porque había mucho trabajo, pero pues al final las cosas salían bien, se solucionaban...” (S3, p. 2).

En contraste con lo anterior, a pesar de que Roca Rey coincide con sus compañeras en cuanto a la carga de trabajo propia del servicio de Urgencias, considera que fue Pediatría el servicio que le generó mayor desgaste mental, debido al trato injusto de sus superiores; considerando este como mayor factor de estrés:

Roca Rey: “Pues yo creo que a mí en lo particular urgencias se me hizo muy pesado en cuanto a la parte física, pero desde mi punto de vista y la experiencia, el peor servicio en cuanto a la parte mental, en cuanto al estrés, para mí fue pediatría, porque el nivel de acoso... no es acoso en ámbito sexual, pero todo el tiempo te están mandando mensajes de que “te faltó esto”, diario te gritan, te tratan mal... son muy injustos.” (S2, p. 5).

Por otro lado, Patito refiere a las entregas de guardia como aquellas que le generaron mayor estrés, independientemente del servicio en el que se encontrara, debido a la exigencia en el papeleo, así como a problemáticas relacionadas con otros servicios, y que estaban fuera de su control:

Patito: “Las entregas de guardia, esas creo que son las más estresantes, porque pues tienes que dejar todo bien hecho, tienes que dejar los

expedientes acomodados (...) hay cosas que no dependen tanto de ti, ¿no?, dependen más como de otros servicios como laboratorio, o algunos estudios como los de imagen.” (S2, p. 4).

También, para David las entregas de guardia fueron factor de estrés, añadiendo a su discurso problemáticas específicas como el hecho de tener que anunciar el fallecimiento de algún paciente a sus familiares; situación que le generó estrés debido a la falta de experiencia en cuanto al trato con el paciente. A continuación, se presenta su testimonio:

David: “A mí me causó mucho estrés los primeros dos meses que hice medicina interna en otro hospital, porque en sus guardias había veces que tenía adscrito y había veces que no llegaba, entonces hubo una ocasión en las que se nos murió un paciente y no hubo quien le tuviera que decir al familiar, y más porque el familiar ya había entrado a buscar a su paciente y no estaba en la cama que lo había visto. Lo único bueno fue que después de que ya me habían enviado el expediente llegó el adscrito, entonces él le dio la noticia. Eso fue como mucho estrés porque aparte era como mi segunda guardia del internado, entonces pues muchas cosas no sabía cómo hacer, tener tacto con los pacientes menos.” (S1, p. 4).

A su vez, dos de los participantes (Radovoyaguer y Sanled) destacan problemáticas relacionadas con cuestiones de tipo físico, tales como el cansancio, la fatiga, el sueño, el hambre y la falta de tiempo/espacios para cubrir dichas necesidades, como aquellos aspectos que les generaron estrés durante su estancia en el hospital, y que limitaron su desempeño profesional:

Radovoyaguer: “Lo más difícil es mantenerse despierto después de un día cansado, es como algo que te condiciona mucho. Estando despierto, mantenerse de pie, o que estás en consulta y de repente te pregunten algo y que digas: ¿qué?; eso al menos a mí me cuesta trabajo. Y bueno, muchas veces... cosas que se te llegan a pasar que son sencillas, como llenar un

certificado de nacimiento, tener una letra legible, es un horror cada vez que nacía un bebé, más que nada porque mi letra no es muy entendible, entonces hacerla circular me retrasaba y me produce una condición de estrés.” (S1, p. 4).

Sanled: “Creo que para mí, más el no comer, eso es lo que más me pega, porque bueno yo, no sé mis compañeros, pero yo me estreso mucho para terminar todos los pendientes, entonces para terminarlos a veces no como.” (S1, p. 5).

Por lo anterior, es posible identificar diferentes escenarios o eventos que fungen como causa de estrés para los Médicos Internos de Pregrado. Por un lado, hay quienes consideran el servicio en el que se encuentren como determinante para desarrollar (o no) elevados niveles de estrés, debido a la naturaleza misma de los servicios o a las relaciones interpersonales con el demás personal de salud. Por el contrario, hay participantes que atribuyen su estrés a eventos específicos que viven dentro de cualquiera de los servicios en los que se encuentren. Y otros más, a quienes les afecta en mayor medida el hecho de no comer o dormir adecuadamente, situación que limita su rendimiento profesional. Así pues, se puede dar cuenta del desgaste tanto físico como psicológico, que presentan los MIP durante su internado.

3.3.3 Formas de hacer frente al estrés

Se recuperaron las experiencias de los participantes sobre la manera en la que resolvían o afrontaban el estrés vivido durante el internado médico. En primer lugar, dos de los participantes (Chan y Carol) dan testimonio de las estrategias que ponen en marcha dentro del hospital, mismas que hacen referencia a una solución pasiva, al preferir retirarse o huir del evento estresante (llamadas de atención, gritos, malos tratos, entre otros), que también se relaciona con frustración e impotencia, tal como se observa en su relato:

Chan: (...) “En el caso de aquí, del hospital no, quieres alejarte de esa situación donde te van a decir algo o te van a gritar, o te van a poner en ridículo enfrente del paciente, pues quieres huir de eso.” (S1, p. 9).

Carol: (...) “El estrés que te genera aquí es... se va a combinar con frustración, con impotencia, porque a veces que te tratan mal y no puedes decir nada, más que agachar la cara e irte.” (S1, p. 9).

Por otro lado, BJ se apoyaba de médicos residentes y compañeros para solucionar determinadas problemáticas; además de que era capaz de reconocer cuando éstas estaban fuera de su control:

BJ: “Pues los residentes te ayudaban, o compañeros te echaban la mano, o simplemente había cosas que se salían de tu control y ya no te decían nada, porque no se podían resolver al instante.” (S3, p. 2).

A su vez, Mr. A destaca algunas estrategias nocivas para la salud (consumo de tabaco o bebidas alcohólicas), a las que llegan a recurrir para hacer frente al estrés, como se observa a continuación:

Mr. A: “Algunos lo toman así, unos fuman, otros toman, otros... otros no hacen nada, entonces... hay veces que se bloquean y no hacen nada, entonces eso también te genera como más enojo, o más estrés...” (S2, p. 4).

Ahora bien, RMN y Krass hablan sobre aquellas actividades que realizan fuera del hospital, mismas les ayudan a disminuir sus niveles de estrés, entre las que se encuentran salidas y pláticas con la pareja, salidas con amigos, así como fiestas; eventos en los que también se encuentra presente el consumo de alcohol:

RMN: “Realmente no es como que necesite, por ejemplo, tener sexo para desestresarme (...) el ir a tomar una cerveza, salir con mis amigos, hacer fiestas, eso es lo que me desestresa, a mí me gusta mucho hacer fiestas” (S3, p. 4).

Krass: “Bueno, al menos yo con mi pareja, lo que hacemos es ir a tomar una cerveza, cosas de esas, platicar, esa es la forma en la que liberamos, bueno al menos yo, libero el estrés platicando, tomando una cerveza, distrayéndonos un momento de estar aquí...” (S3, p. 4).

Es así que, a partir del relato de los participantes, se puede dar cuenta de las diferentes formas que cada uno adoptó, a lo largo de su estancia, para resolver eventos estresantes. De este modo, hubo quienes se centraban en resolver de manera inmediata dichos eventos, es decir, estando en el hospital; mientras que, por el contrario, otros participantes realizaban actividades fuera de este para “desestresarse”.

3.3.4 Repercusiones del estrés en la vida personal y social

Se consideraron las experiencias de los MIP relacionadas con las consecuencias, tanto en el ámbito personal como social, atribuidas al estrés vivido durante el internado. En primer lugar, dos de los participantes (WH y Sanled) mencionan las secuelas de tipo físico relacionadas con el estrés; éstas hacen referencia al aumento de peso y la mala alimentación, principalmente, debido a la falta de tiempo para comer “a sus horas” así como a la facilidad de consumir alimentos chatarra, tal como se observa en sus relatos:

WH: “Pues creo que lo que más me afectó fue que subí más de peso... Porque comes súper mal, nunca comes a tus horas, creo que eso fue lo que más me afectó.” (S2, p. 10).

Sanled: “Pues he tenido una alimentación mala, antes no consumía refresco y ahorita es lo que me despierta durante las guardias. Y la verdad como muy mal, a veces llego a hacer una comida bien al día, pero en general creo que mi alimentación no es buena” (S1, p. 5).

Por otro lado, Nadia y Karr hacen referencia a las repercusiones de tipo social, que se relacionan con el distanciamiento de amigos y familiares. En este caso, los participantes lo consideran como un cambio importante en sus vidas, ya que estaban acostumbrados a la cercanía y convivencia con sus seres queridos, situación que les ha sido difícil de afrontar, tal como se observa a continuación:

Nadia: “Pues sí ha sido un cambio drástico, yo personalmente no veo a mi familia, solo algunas veces, a mis amigos menos. Entonces pues sí es complicado porque tal vez vienes acostumbrado a tener una vida más sociable, más en familia (...) definitivamente el hecho de no poder tener la misma relación con tus amigos, con la familia, incluso problemas en relaciones, pues sí creo que me afectó demasiado” (S3, p. 2 y 3).

Karr: “La verdad yo creo que para todo sí cambia mucho el internado (...) sí me cambió mucho, he perdido mucho tiempo de no estar con mi familia, la verdad yo para venir al hospital sí hago como dos horas, o dos horas y media de camino, entonces el tiempo que yo veo a mi familia es muy poco...” (S3, p. 3).

A su vez, Carol recupera experiencias que hacen alusión a sueños relacionados con su estancia en el hospital, debido a los altos niveles de estrés; situación que le generó dificultades con su pareja. A continuación, se presenta su relato:

Carol: (...) “Era tanto mi estrés que a veces soñaba con que estaba en el hospital, entonces en una ocasión mi novio me habló y yo le dije así como: “oye amor, ¿sí vas a dar de alta a los pacientes?; y entonces él lo tomó súper mal, así de: “¿con quién piensas que estás hablando?; pero pues es más bien tanto estrés que manejamos, que soñamos con que estamos en el hospital, como si lo estuviéramos viviendo.” (S1, p. 8).

De modo que, a partir del relato de los participantes, se pueden identificar aquellas consecuencias que consideran más relevantes en su vida, relacionadas con el estrés vivido durante su estancia en el hospital. Así, se destacan repercusiones de tipo físico (como la ganancia de peso y una alimentación inadecuada), y aquellas de tipo social (que refieren al distanciamiento de amistades y familia, así como problemáticas relacionadas con la pareja).

3.4 Experiencias relacionadas con la sexualidad

Se tomaron en cuenta las experiencias y significados de los MIP, relacionadas con la sexualidad. En este caso, se recuperó la manera en que los participantes conciben a la sexualidad, así como algunas experiencias que hacen alusión a las relaciones de pareja.

3.4.1 Significados sobre la sexualidad

Con respecto a las nociones sobre sexualidad que tienen los Médicos Internos de pregrado, se recuperan los relatos de Lili y La Santa María, quienes mencionan que la sexualidad se encuentra relacionada no sólo con aspectos de tipo médico o biológico, sino también con cuestiones de tipo social; además, aluden a que es un “acto íntimo” que puede ayudar a “liberar el estrés”. A continuación, se presentan sus testimonios:

Lili: “Pues... es algo que influye de muchas maneras, no sólo en lo biológico, médico, influye de muchas maneras, ¿no? Si está bien, o está mal, influye en ti como persona, en tu pareja...” (S3, p. 4).

La Santa María: “Pues yo creo que es un... pues no sé, un acto íntimo donde liberas toda la energía que tienes, y pues si estás con la persona correcta pues... o sea, pues no tienes preocupaciones de nada, y de alguna forma liberas el estrés que cargas...” (S3, p. 4).

Por lo anterior, es posible dar cuenta de los significados que los participantes atribuyen a la sexualidad, a partir de su experiencia no sólo como médicos sino como individuos. De este modo, se destaca el hecho de que la sexualidad no sólo corresponde a una dimensión biológica, sino que se encuentran presentes otras como la social.

3.4.2 Relaciones de pareja

Por otro lado, se tomaron en cuenta las experiencias sobre relaciones de pareja, que los MIP vivieron durante su internado. En primer lugar, tres de los participantes (Sol, Héroe y El más Perrón) recuperan experiencias negativas en sus relaciones de pareja, al mencionar la falta de tiempo como principal problemática para tener una buena dinámica; situación que, en los tres casos, los llevó a rupturas en sus relaciones, tal como se observa en sus relatos:

Sol: “Pues yo terminé con él y ya después pasando esos servicios ya regresé con él. Pues fue adaptarnos a que yo tenía que estar aquí, en las pos-guardias salíamos tarde, entonces pues yo llegaba a dormir y ya al otro día, pues se te iba el día muy rápido y tenías guardia otra vez, entonces tenía muy poco tiempo para verlo y pues como sí tenemos guardias, a veces los fines de semana, era difícil verlo.” (S1, p. 8).

Héroe: “Fue, este... negativo, porque igual terminé con ella en marzo, entonces pues ya. Más que nada por los tiempos, es complicado.” (S1, p. 8).

El más perrón: “Pues que yo igual tenía novia antes del internado, y después del internado me cortó. Además fue muy ojete, porque me habló por teléfono un sábado que tenía guardia a las once de la mañana para decirme que ya no quería andar conmigo y no sé, como que me echó a perder toda la guardia y estaba en el servicio más difícil, que era urgencias, pero ya que terminó esa relación, las risas no faltaron.” (S1, p. 10).

En contraste con sus compañeros, Lolo y Sanled refieren que su estancia en el hospital no afectó de manera negativa sus relaciones de pareja. En este caso, Lolo menciona que hubo apoyo y comprensión por parte de su pareja, al grado de hacer “equipo” y resolver sus diferencias a través del diálogo. De igual modo, Sanled destaca el apoyo brindado por su pareja, al permitirle estudiar cuando debía hacerlo, así como dormir cuando estaba cansada, sin que ello representara un problema para la dinámica de pareja. A continuación, se presentan sus relatos:

Lolo: “Pues, yo en mi caso, con mi novio empecé a andar en el internado, pero no afectó de mala manera, de hecho él y yo como que hicimos mucha mancuerna, y de aquí yo puedo salir muy mal, salir estresada y enojada, y con ganas de ya dejar todo, y al momento de llegar con él es de ponernos a platicar, a contar y como que me hace volver a centrarme, como que no, no llegamos a tal grado de que él está estresado y yo estoy estresada, peleamos y nos dejamos... no. En lugar de eso, nos apoyamos y es como buscar esa salida, como mejorar las cosas un poquito.” (S1, p. 8).

Sanled: “En mi caso, pues yo realmente sentí muchísimo el apoyo de él, si tenía que estudiar pues me dejaba estudiar, si yo le decía: “es que estoy muy cansada”; él me decía: “duérmete, yo te levanto”; entonces creo que sentí mucho apoyo de él, entonces creo que eso me ayudó mucho.” (S1, p. 11).

A su vez, Sol considera que el grado de apoyo y comprensión que puede brindar la pareja, depende del ámbito en el que ésta se desenvuelva. En este caso, menciona que es difícil que una persona que no se encuentra en el ambiente médico, pueda “entender” y aceptar las diversas situaciones a las que enfrentan durante el internado; entre las que se encuentran la excesiva carga de trabajo, la fatiga y cansancio, entre otras, lo que desemboca en un distanciamiento de los seres queridos, así como el abandono de actividades con éstos, tal como se observa a continuación:

Sol: “Es que es difícil, cuando las personas no están aquí adentro, y no saben lo que se vive aquí adentro las personas no entienden, entonces no saben qué es lo que es querer llegar a dormir, pero tienes que estudiar, querer llegar a comer; entonces pues dejas toda tu vida, o sea, dejas a familiares, dejas pues a tu novio, a veces no tienes tiempo de, pues salir con ellos, dejas fiestas, dejas muchas cosas. Entonces, pues sí es difícil que las personas que están allá afuera entiendan lo que, pues uno vive aquí adentro, o cómo es el internado (...) Pero ya cuando hablas con, por ejemplo, yo que hablo con mi pareja pues ya es diferente, ya no era como salir todos los fines, o que él entienda que yo tengo que estar aquí adentro porque yo quiero, porque es mi carrera y tuvo que entender eso.” (S1, p. 10).

Es así que, a través de sus testimonios, se puede identificar una disyuntiva entre quienes tuvieron experiencias positivas en sus relaciones de pareja, o aquellos que, por el contrario, se vieron afectados en esta dimensión.

3.5 Estrés y sexualidad

Se recopilaron las experiencias de los participantes, en las cuales el estrés y la sexualidad se encontraban relacionados. De este modo, se encuentra la influencia del estrés en la vida sexual, las repercusiones en el deseo sexual a causa del estrés, así como las problemáticas de pareja relacionadas con el estrés.

3.5.1 Influencia del estrés en la vida sexual

En este caso, se solicitó a los MIP que recuperaran experiencias vividas a lo largo del internado, en las que el estrés hubiera afectado su vida sexual. De manera que, existen diversas opiniones al respecto, mismas que se describen a continuación.

En primer lugar, RMN considera que el estrés no repercutió de manera negativa en su vida sexual, al mencionar que su sexualidad ha sido la misma antes, durante y después del internado, como se observa en su relato:

RMN: “Realmente a mí no me afectó en nada, así como dijeron, es igual... Antes de entrar y posterior a entrar, ha sido la misma sexualidad que llevo...” (S3, p. 2).

Por otro lado, Roca Rey refiere que su estancia en el hospital resultó benéfica tanto para su vida sexual, como para la de su pareja; lo anterior, al mencionar que el hecho de estar cansados les hacía permanecer en casa, en lugar de organizar salidas, y con ello pasar las tardes juntos, para tener relaciones sexuales:

Roca Rey: “Yo quiero compartir un punto de vista diferente. A mí me benefició muchísimo, porque estábamos tan cansados mi pareja y yo, porque somos del mismo internado... estábamos tan cansados que, cuando teníamos casa sola, en vez de decir “Oye, vamos a salir, vamos al cine”, era de “Pues, tengamos sexo y me voy”. Entonces a mí me ayudó mucho porque era mucho más tiempo de estar juntos en las tardes, y estábamos tan cansados como para hacer algo afuera, o hacer de comer; en realidad era lo único que hacíamos. Entonces pues sí, a mí me ayudó, me benefició bastante...” (S2, p. 11).

Ahora bien, a pesar de que Lili coincide con Roca Rey al mencionar que el tener relaciones sexuales puede ayudar a “liberar el estrés”, también refiere que esto puede llegar a aumentarlo, dependiendo del tipo de dinámica que se tenga en la pareja, tal como se observa en su relato:

Lili: “Depende que cómo estés, en qué situación estés, pero... pues igual, puede ser para liberar el estrés o, al contrario, puede aumentarlo, depende cómo estés con la pareja.” (S3, p. 4).

A su vez, Nadia menciona que, para ella, antes que centrar su energía y atención en tener alguna actividad de tipo sexual, se ocupa en resolver los eventos que le generan presión y estrés; sin embargo, no descarta la posibilidad de que, una vez resuelto el problema, pueda darse la oportunidad de “distraerse” con algún encuentro sexual. A continuación, se presenta su testimonio:

Nadia: “El estrés realmente no creo que sea, o favorezca en aumentar... más bien, estás tan ocupado en eso que te está generando presión, que en lo que menos piensas es en hacer esas cosas, y lo único que quieres es resolver esa situación que te genera el estado de estrés. Posteriormente puede que sí exista la oportunidad de que te distraigas, yo creo, pero mientras o durante esa situación de estrés, no considero que sea lo primordial el tratar de sacar el estrés en una actividad sexual...” (S3, p. 5).

3.5.2 Afectaciones en el deseo sexual a causa del estrés

Se consideraron las repercusiones sobre el deseo sexual causadas por el estrés que experimentaron los Médicos Internos de Pregrado durante su internado en el hospital.

En primer lugar, dos de los participantes (Lolo y El más perrón) coinciden en mencionar que el estrés afecta su deseo sexual, haciendo que éste aumente sobre todo cuando se encuentran en pos-guardia. En este caso, Lolo refiere que, tanto para ella como para su pareja, el hecho de que su deseo sexual aumente, los ayuda a “sacar el estrés y darse un respiro”. A su vez, El más perrón destaca que, a pesar del cansancio, llega a tener “más fuerza” para tener actividad sexual. Así, se presentan sus testimonios:

Lolo: “Pues, yo me he dado cuenta que en mi caso, por ejemplo, cuando yo estoy pos-guardia, pues sí tengo como que más... pues más ganas, y también he visto que cuando él está en pos-guardia le pasa exactamente lo mismo. Entonces, como que es nuestra forma de sacar todo ese estrés que traemos, como para darnos un respiro, y pues está bien, no sé.” (S1, p. 11).

El más perrón: “Sí, sí lo afecta totalmente y positivamente (...) Pues el estrés, la pos-guardia, todo eso sí estimula mucho el deseo sexual y... hasta sonará paradójico, pero, o sea, estarás muy cansado, pero para eso tienes más fuerzas todavía.” (S1, p. 11).

En contraste con lo anterior, Sanled, Shmee y Chan, también consideran que el estrés afecta su deseo sexual, pero de una manera negativa; es decir, que éste disminuye. De modo que, Sanled menciona que su deseo sexual “baja” a consecuencia del cansancio, por lo que prefiere dormir en lugar de tener actividad sexual. También, Shmee relata que en las pos-guardias su deseo sexual disminuye considerablemente, por lo que opta por dormir; contrario a la pre-guardia, en donde considera que su deseo sexual no se ve afectado. Asimismo, Chan menciona que el cansancio acumulado le “impide” pensar en cuestiones relacionadas con la dimensión sexual, por lo que únicamente centra su atención en cubrir sus necesidades de alimentación y descanso. Es así que, a continuación, se presentan sus comentarios:

Sanled: “Creo que sí afecta, pero... bueno, yo creo que depende de cada persona, cómo es el deseo. Pues yo sé que en pos-guardia no este... o sea, mi deseo sexual baja porque estoy muy cansada y lo único que quiero hacer es dormir, o prefiero dormir que comer, pues sí, creo que sí afecta.” (S1, p. 11).

Shmee: “Sí, yo en lo personal, yo creo que de pos-guardia sí yo prefiero dormir, yo creo que el deseo sí disminuye mucho. Y con mi pareja, pues creo que al principio no lo entendía, pero creo que, después ya se fue acostumbrando, y de pre-guardia pues el deseo está normal, pero de pos-guardia sí estoy muy cansada y sí, lo que quiero es dormirme. O sea, hay veces que llego y ni ceno ni nada, hasta el otro día, porque estoy tan cansada que, lo demás ya no me importa, más que dormir.” (S1, p. 12).

Chan: “Pues es que también depende de cada persona. Yo, en lo personal, la verdad es que lo único que quiero es dormir, todo el año... ahorita siento que ya tengo cansancio acumulado de todo el año, es cansancio crónico, entonces

la verdad no pienso mucho en esas cosas y yo creo que lo único que quiero es llegar a mi casa a comer, o a dormir, o no sé, salir a pasear por ahí para quitarme el estrés. Pues en mi caso yo sólo quiero dormir.” (S1, p. 12).

Por otro lado, tres de los participantes (René, David y Sol) consideran que el aumento o disminución de su deseo sexual es independiente a la pre o pos-guardia; más bien, se relaciona con la carga de trabajo que tengan en sus diferentes servicios, así como al tipo de relación que lleven con su pareja. En el caso de René, el tipo de trabajo y nivel de estrés que presente afecta su deseo sexual, haciendo que este aumente o disminuya. Por lo que refiere a David, considera que su deseo sexual se encuentra presente (no aumenta o disminuye), a pesar de que la guardia haya sido pesada; sin embargo, reconoce estar más cansado por lo que sólo piensa en dormir. A su vez, Sol relata que el nivel de estrés no influye significativamente en su deseo sexual, ya que antepone la actividad sexual sobre el descanso, cuando se encuentra con su pareja.

René: “Yo considero que dependiendo de cómo esté el tipo de trabajo, en la guardia puede, ya sea aumentar o disminuir el deseo. Me pasa que, si es como mucho el estrés, a veces queda uno pensando en todo lo que tuvo que haber hecho, o tiene que realizar al día siguiente. Entonces, siento yo que sí afecta un poco.” (S1, p. 11).

David: “Pues no, tampoco creo que influya, sigue igual, aunque la guardia haya sido pesada, las ganas siguen, pero sólo termino como más cansado y pienso en dormir.” (S1, p. 12).

Sol: “Pues, yo creo que no influye tanto, porque pues de tanto con tu pareja, pues la quieres pasar bien, entonces ya después pues descansas. Aparte no lo veo diario, entonces, no creo que influya tanto.” (S1, p. 12).

En este caso, existen opiniones divididas relacionadas con el aumento o disminución del deseo sexual. Por un lado, hay quienes consideran que éste disminuye debido al cansancio y fatiga, consecuencia de la carga laboral. Por otro lado, algunos mencionan que su deseo sexual aumenta significativamente cuando se encuentran en pos-guardia, específicamente.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Por lo que refiere al análisis y discusión de la presente investigación, se identificaron notables similitudes y diferencias entre lo presentado como sustento teórico y los resultados obtenidos; mismos que se especifican a continuación.

En primer lugar, al abordar el tema sobre estrés, Selye lo refiere como “un conjunto de respuestas fisiológicas fundamentalmente hormonales (...) como reacción a estímulos inespecíficos (estresores)” (Sandín, 2003, p. 143); es decir, que constituye una respuesta corporal que se genera en un organismo ante cualquier estímulo externo que suponga una amenaza para su equilibrio. De igual manera, Gil-Monte (2005, citado en Hernández, 2012) señala que éste puede hacer alusión al suceso, a la percepción sobre este, o a la respuesta psicológica y fisiológica como consecuencia de dicho suceso.

En este caso, a partir del discurso de los participantes, se puede dar cuenta del desarrollo de una visión negativa en torno al estrés, al referirlo como una amenaza para su equilibrio, que se da a partir de un evento particular, en donde se encuentran fuera de confort, desorientados, inestables; y que, finalmente, les perjudica.

De este modo, destacan principalmente dos de los elementos enunciados por los autores: el suceso en sí (estímulos estresores), y la percepción que deriva de este; es decir, los participantes otorgan mayor importancia a los eventos que acontecen en su cotidianidad como médicos internos, para considerar que tienen determinado nivel de estrés, más que las respuestas o conductas que pongan en marcha a partir de dichos eventos.

Ahora bien, a pesar de que estos mismos elementos se encuentran presentes en el discurso de otra de las participantes, al mencionar que el estrés tiene que ver con la “presión” que se siente al realizar alguna actividad (ya sea personal o laboral), y que causa malestar, también añade que éste puede llegar a favorecer a la persona, en algunas ocasiones.

Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Segura y Pérez (2016) quienes señalan la importancia de distinguir entre el estrés nocivo (distrés), y aquel que promueve una respuesta funcional (eutrés).

Sin embargo, es interesante como sólo una de las participantes hace alusión a este hecho, siendo en su mayoría aquellos quienes desarrollaron una visión negativa sobre el estrés, a partir de su experiencia como MIP. En este caso, los recursos de afrontamiento disponibles en los participantes se vieron agotados al encontrarse expuestos a situaciones de estrés mantenido, lo cual facilitó la aparición de diversas problemáticas, tal como lo establecen Crespo y Labrador (2003); situación que invisibilizó la oportunidad de considerar al estrés como una reacción más bien adaptativa y funcional, que favorece un adecuado afrontamiento ante los estresores presentes a lo largo de su internado.

Además, al tener en cuenta que uno de los elementos presentes en la palabra “estrés” hacen alusión al suceso, los mismos autores señalan diversas fuentes de estrés que se encuentran presentes en el ambiente en que se desenvuelve cualquier individuo, entre las que se encuentran: los acontecimientos o sucesos vitales estresantes, los eventos diarios, así como situaciones de tensión crónica mantenida (tales como la sobrecarga laboral, por ejemplo). Esa última fuente de estrés es precisamente aquella que se encuentra presente como parte del discurso de los participantes, y que les resulta más significativo. En este caso, a través de la experiencia de los Médicos Internos de Pregrado, se encuentran diversas fuentes de estrés; mismas que a continuación se mencionan.

En primer lugar, el servicio en el cual se realice la rotación: En su mayoría, los participantes coinciden en mencionar al servicio de Urgencias, como aquel que les generó mayores niveles de estrés y desgaste físico; esto, debido a la sobrecarga de trabajo, así como a la exigencia por parte del personal de mayor jerarquía, específicamente de Médicos Residentes y Adscritos. Sin embargo, aunque un participante coincidió con sus compañeros, señala que fue el servicio de Pediatría, aquel que le provocó más estrés y desgaste, en el ámbito mental y emocional, atribuido al trato injusto que recibió por parte de sus superiores.

También, el tipo de actividades realizadas: En este caso, destacan las entregas de guardia como aquellas que generaron mayor estrés en los participantes, independientemente del servicio por el cual se encontraran rotando. Lo anterior, debido principalmente a la alta exigencia para realizar los papeleos correspondientes, así como a diversas problemáticas relacionadas con otros servicios (como laboratorio, por ejemplo), que se encontraban fuera del control de los participantes.

Además, anunciar el fallecimiento de un paciente: Si bien es cierto que este tipo de situaciones se vuelven cotidianas en el ambiente hospitalario, los participantes lo consideran como un evento estresante, sobre todo en las primeras ocasiones, debido a la falta de experiencia en cuanto al trato con el paciente, y a la ausencia de habilidades para comunicar una mala noticia.

Lo anterior queda confirmado por Aguado, Batíz y Quintana (2013) quienes mencionan que en la mayoría del personal hospitalario existe un elevado nivel de estrés, y más aún cuando las actividades se llevan a cabo en áreas donde la responsabilidad y las situaciones de emergencia son frecuentes, que en el caso de los Médicos Internos de Pregrado fue el servicio de Urgencias, en el cual existe una alta demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo, así como diversas problemáticas de tipo psicosocial.

También, es importante tomar en cuenta aquellos estresores ambientales, tales como el ruido, el hacinamiento, la temperatura extrema o la deprivación sensorial (Crespo & Labrador, 2003). Así, se puede dar cuenta del desgaste tanto físico como psicológico, que presentan los MIP durante su internado.

Ahora bien, entre los diferentes tipos de recursos que se movilizan, o respuestas que se pueden producir ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo, y que pueden ser percibidas como amenazantes, se encuentran las respuestas motoras, que hacen referencia a las llamadas conductas o estrategias de afrontamiento (empleadas para hacer frente a los eventos estresantes y/o al malestar asociado a las respuesta del estrés) (Lazarus &

Folkman, 1984), dentro de las que se encuentran la negación, la búsqueda de apoyo, la planificación o el distanciamiento, por mencionar algunas (Crespo & Labrador, 2003).

En concordancia con lo anterior, los resultados demuestran que entre las principales estrategias de afrontamiento que los Médicos Internos ponen en marcha, se encuentran: la retirada o huida del evento estresante (llamadas de atención, gritos, malos tratos, ridiculización ante los demás, etc.), la cual relacionan con frustración o impotencia; también, la búsqueda de apoyo, principalmente con Médicos Residentes y compañeros de igual jerarquía, cuando se encuentran en el hospital; y salidas o pláticas con la pareja o amigos, cuando están fuera de éste. Resulta importante mencionar que también destacan estrategias de afrontamiento nocivas para la salud, tales como el consumo de tabaco o bebidas alcohólicas, principalmente, situaciones a las que llegan a recurrir los participantes constantemente, con el fin de disminuir sus niveles de estrés.

Así, los hallazgos del presente trabajo coinciden con el estudio realizado por Paris (2007) cuyo objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento al estrés mayormente empleadas por los profesionales de la salud. Los resultados 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.).

Por lo que refiere a las consecuencias del estrés, Crespo y Labrador (2003) y Mingote et al. (2004) mencionan que éste puede tener un impacto negativo sobre problemáticas de tipo físico (como trastornos gástricos, cardiovasculares, dolor, asma); repercusiones a nivel conductual como el consumo de tabaco u otras sustancias; presencia de enfermedades y episodios de agotamiento, cansancio, falta de aliento, etc.; y consecuencias de tipo social, como problemas familiares y de pareja, irritabilidad, hostilidad, aislamiento social y distanciamiento en las relaciones interpersonales. De este modo, cuando el estrés es nocivo, genera consecuencias en más de un área del organismo; en este caso, se reafirma a través del discurso de los participantes, la forma en que el estrés afecta no sólo su desempeño profesional

dentro del hospital; sino que va más allá, teniendo consecuencias tanto en el ámbito físico, personal y social.

Aunado a lo anterior, resulta importante hacer énfasis en el escaso tiempo para el autocuidado; es decir, el descanso, la alimentación y la recreación se alteran de manera negativa, de manera que propician la dificultad para afrontar o sobrellevar el estrés del trabajo adecuadamente (Barraza et al., 2009). Dicha situación queda demostrada con los hallazgos de la investigación, en donde la mayoría de los participantes coinciden en reportar secuelas de tipo físico relacionadas con el estrés; que hacen referencia al aumento de peso y la mala alimentación, principalmente, debido a la falta de tiempo para comer “a sus horas”, así como al fácil acceso de comida chatarra y bebidas con alto contenido de azúcar. También, consecuencias en el plano social, que se relacionan con el distanciamiento de amigos y familiares, e incluso la pareja. En este caso, los participantes lo consideran como un cambio drástico y significativo en sus vidas, ya que estaban acostumbrados a la cercanía y convivencia con sus seres queridos, situación que les ha sido difícil de afrontar.

Además, el discurso de los participantes devela la percepción del “sacrificio” de ser médico, en donde la dinámica familiar presenta un impacto negativo; existen rupturas con la pareja sentimental y dificultades en la comunicación, así como problemáticas de índole sexual; las actividades recreativas y sociales (como salidas a fiestas y con amigos) se ven limitadas o incluso, anuladas; existen dificultades en cuanto al “trato injusto” recibido por médicos de mayor jerarquía y demás personal de salud; además de la falta de tiempo para cubrir necesidades básicas como el descanso y una adecuada alimentación. En este caso, los resultados de esta investigación se relacionan con el estudio realizado por Sánchez et al. (2008) en donde las expectativas y realidades del internado médico de pregrado tienen que ver con el temor ante las relaciones jerárquicas y la percepción de la profesión médica como “sacrificio”, incluyendo experiencias tanto positivas como negativas en cuanto a las relaciones interpersonales, el trabajo excesivo y las escasas oportunidades para cumplir con actividades de estudio, alimentación y descanso.

De este modo, se puede dar cuenta de cómo el aumento del estrés en el ámbito médico desencadena importantes consecuencias que afectan a la salud mental, física, sexual, a la calidad de vida y desempeño profesional del médico (Mingote et al., 2004). Así, como se ha mencionado con anterioridad, hay que destacar que dichas consecuencias se encuentran relacionadas con el consumo de sustancias nocivas (como alcohol o tabaco, por ejemplo), ya sea como intento de afrontamiento o como evitación de los estresores; también el desarrollo de enfermedades y episodios como sensación de agotamiento, cansancio, falta de aliento, etc.; así como las consecuencias a nivel social, siendo frecuentes los problemas familiares debido a dificultades en la comunicación, irritabilidad, hostilidad, así como un progresivo aislamiento social y distanciamiento en las relaciones interpersonales.

A partir del relato de los participantes se pueden identificar aquellas consecuencias que consideran más relevantes en su vida, relacionadas con el estrés vivido durante su estancia en el hospital; mismas que se relacionan con los hallazgos de Arenas (2006) y Barraza et al. (2009) quienes demuestran la presencia de diversos problemas como: 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 internos no sólo tiene un impacto negativo a nivel individual, sino que constituye una problemática para las instituciones en las que se desenvuelve.

Ahora bien, la sexualidad es un concepto que ha tomado especial interés ya que abarca aspectos más allá del sexo o el acto sexual; en su lugar, se extiende a dimensiones no sólo biológicas, sino psicológicas, sociales y culturales. Acorde con lo anterior, Masters, Johnson y Kolodny (1987) señalan que, más allá de reducirlo a una respuesta fisiológica, se trata de una formación de personalidad que va desde lo biológico hacia el contexto social, cultural y

psicológico; incluyendo todos los planos del ser sexual. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en Arango, 2008, p. 5) menciona que el término ‘sexualidad’ hace alusión a una dimensión fundamentada en el hecho de ser un humano; así, basada en el sexo, incluye al género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. De este modo, se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

Al respecto, resultan interesantes las nociones sobre sexualidad que tienen los Médicos Internos de Pregrado, ya que únicamente tres participantes compartieron su opinión sobre el tema. En este caso, dos de ellos refieren a esta como “algo” que se relaciona no sólo con aspectos de tipo médico o biológico, sino también con cuestiones de tipo social, al incluir el tema de pareja en su discurso; y otra más, quien alude que es un “acto íntimo” en el cual se libera toda la energía acumulada y que, por ende, puede ayudar a “liberar el estrés”.

En definitiva, se puede dar cuenta de cómo la sexualidad constituye un tema de difícil abordaje, al identificarse un discurso limitado por parte de los participantes; ya que, si bien se habla de aspectos que van más allá del acto sexual en sí, no se alcanzan a vislumbrar con claridad todas aquellas dimensiones que abarca, siendo las relaciones sexuales el único componente de la sexualidad que se tiene en cuenta. Además de que sigue siendo motivo de “chiste” entre los mismos; ya que, aun cuando se encontraban con los ojos vendados, existieron importantes dificultades a la hora de expresarse, aunado al hecho de “titubear” al levantar la mano en preguntas específicas.

Así, es posible hablar de los significados que los participantes atribuyen a la sexualidad, a partir de su experiencia no sólo como médicos sino como individuos.

En relación con lo antes mencionado, uno de los factores que afectan en mayor medida al ejercicio pleno de la sexualidad es precisamente el “mal” estrés, ya sea a causa de sus propias manifestaciones (tensión, irritabilidad, cansancio) o por sus efectos negativos en la salud general. Añadiendo el hecho de 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. Por lo cual, 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 (Kusnetzoff, 2008). De modo que, a partir de los datos obtenidos, se distinguen diversas opiniones respecto a las repercusiones del estrés en la vida sexual.

Así, se puede hablar de tres tipos de experiencias, principalmente. Por un lado, aquellos participantes que consideran que el estrés no repercutió de manera negativa en su vida sexual, al mencionar que su sexualidad ha sido la misma antes, durante y después del internado. Por otro lado, aquellos quienes reportan que la estancia en el hospital resultó benéfica tanto para su vida sexual, como para la de sus parejas; lo anterior, al mencionar que el hecho de estar cansados les hacía permanecer en casa, en lugar de organizar salidas, y con ello pasar las tardes juntos, para tener relaciones sexuales.

Ahora bien, resulta interesante señalar la aportación de una de las participantes, quien a pesar de coincidir en el hecho de que tener relaciones sexuales puede ayudar a “liberar el estrés”, no descarta la posibilidad de que esto puede llegar, incluso, a aumentarlo, dependiendo del tipo de dinámica que se tenga en la pareja. Lo cual confirma lo establecido por Kusnetzoff (2008) ya que, si bien el estrés puede afectar a la sexualidad, ésta puede ser, a su vez, factor de estrés; ya sea por ausencia o presencia.

Otro aspecto fundamental en el campo de la sexualidad es el deseo sexual y la configuración del mismo. En este caso, si bien su raíz es de índole biofisiológica, trasciende al campo de lo psicológico como principal detonante de las respuestas sexuales del individuo. 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 pues, 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. En el caso particular de los Médicos Internos, su discurso sobre deseo sexual se encuentra orientado hacia los dos últimos elementos señalados por el autor, es decir, el anhelo y el motivo, principalmente.

Por lo que refiere al anhelo, o las “ganas de tener relaciones sexuales”, existen dos tipos de opiniones en la población estudiada. Primero, los participantes que reportan un aumento en su deseo sexual, como consecuencia del estrés; sobre todo cuando se encuentran en pos-guardia. Así, destacan que el hecho de que su deseo sexual incrementa, los ayuda a “sacar el estrés y darse un respiro”, aun cuando el cansancio se encuentra presente, considerando llegar a tener “más fuerza” para tener actividad sexual, a pesar de ello. Por otro lado, resulta importante hacer énfasis en aquellos quienes asignan una connotación negativa del estrés sobre su deseo sexual, provocando que este disminuya (bajo las mismas condiciones de pos-guardia), siendo mujeres en su totalidad. En este caso, atribuyen dicha condición a la fatiga crónica (consecuencia de la sobrecarga de trabajo), misma que les “impide” centrar su atención en cuestiones relacionadas con la dimensión sexual, y en su lugar, optan por cubrir necesidades básicas de alimentación y descanso.

En cuanto al motivo, o “disposición hacia la actividad sexual”, se destacan principalmente los relatos de tres participantes, quienes reportan que el aumento o disminución de su deseo sexual es independiente a las condiciones de pre o pos-guardia; más bien, lo relacionan con la carga de trabajo que tengan en los diferentes servicios por los que se encuentren rotando, así como al tipo de relación que lleven con su pareja. En este caso, consideran que su deseo sexual se encuentra presente (sin variaciones significativas) a pesar

de las condiciones antes mencionadas, persistiendo dicha disposición a tener algún encuentro de tipo sexual.

Con lo anterior, a pesar de que para la mayoría de la población masculina no existen cambios particularmente significativos en cuanto a las repercusiones del estrés en su deseo sexual, es posible hablar de aquellas dificultades que afectan principalmente a la población de mujeres.

En este caso, es posible hablar de los trastornos o disfunciones sexuales, dentro de los cuales los trastornos del deseo figuran como principal problemática para dicha población; específicamente el deseo sexual hipoactivo, es decir, falta de interés en la actividad sexual (Shibley y DeLamater, 2006).

Respecto a ello, Kusnetzoff (2008) señala que las disfunciones sexuales pueden ser accidentales o crónicas, y pueden tener un origen físico, emocional o anímico. En este sentido, dicha disminución en el deseo sexual se atribuye principalmente a las exigencias propias del ambiente hospitalario, que derivan en fatiga crónica.

5. CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud, y particularmente el área médica, se han estereotipado a través de su profesión como seres invulnerables tanto en su salud física como emocional 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, en este caso, al estrés propio de dicha área.

En este sentido, las guardias y jornadas laborales que rebasan las 24 horas, la falta de tiempo y espacio para los cuidados personales (descanso, alimentación, recreación), la relación y trato recibido por personal médico de mayor jerarquía y, en general, los estresores propios del ámbito hospitalario, resultan desfavorables para los Médicos Internos de Pregrado, presentándose desgaste tanto físico como emocional, lo que repercute directamente en su salud, y específicamente en la esfera sexual de manera negativa, llevándolos a desarrollar diversas problemáticas, como la insatisfacción sexual, por ejemplo.

Además, el ambiente laboral y las relaciones de interpersonales al interior de las instituciones de salud figuran como elementos importantes que impactan de forma significativa en la percepción sobre el estrés, en las estrategias de afrontamiento que se pongan en marcha, así como en la manera en que los MIP viven su sexualidad, dentro y fuera del hospital.

De tal modo que, el aumento del estrés en el ámbito médico, deriva en importantes consecuencias que afectan no sólo a la salud física, sino también psicológica, sexual, a la calidad de vida en general y, por ende, a la eficacia profesional del médico.

Teniendo en cuenta que, a pesar de que la respuesta al estrés no es en sí misma nociva, cuando dicha reacción se presenta de manera repetida, y de forma intensa, puede producir un desgaste de los recursos disponibles, así como favorecer la aparición de diversas problemáticas. En este caso, las condiciones de trabajo antes mencionadas, propician la dificultad para afrontar o sobrellevar el estrés del trabajo de forma adecuada; dando pie al uso

de estrategias de afrontamiento desadaptativas y nocivas (como el consumo de alcohol y/o tabaco) que afectan su bienestar biopsicosocial.

Así, 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 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 psicológica, y en este caso, sexual; en pro de un bienestar personal, así como de un adecuado ejercicio profesional.

Finalmente, el uso de escalas y la realización de grupo focales, permitió identificar el nivel de estrés presente en los MIP, para proveer alternativas de solución y estrategias de afrontamiento al estrés, tanto dentro como fuera del hospital. Sin embargo, se requiere de mayor investigación en esta área de la sexualidad, enfocada a otros sectores del personal médico para favorecer las relaciones de equidad entre ellos, así como generar estrategias de prevención e intervención ante las problemáticas detectadas, referidas al estrés y sus consecuencias en la sexualidad.

6. PROPUESTAS

Por lo anterior, resulta importante proporcionar a la población estudiada, educación sexual y cursos sobre temas de sexualidad para actualizarlos sobre métodos anticonceptivos, prácticas sexuales, entre otros.

También, ofrecer entrenamiento en comunicación asertiva y estrategias de negociación con la pareja para un mejor manejo de las emociones que generan conflicto, derivado de sus actividades como personal de salud y que tiene consecuencias que interfieren en la satisfacción sexual propia y de la pareja.

Además, es importante que los Psicólogos de la Salud colaboren junto con el equipo médico en la atención de las problemáticas de la salud sexual, así como proporcionar educación y prevención de ITS, embarazos no deseados y reeducación sexual para mejorar la sexualidad del personal de salud y en particular de los Médicos Internos.

Por último, resulta fundamental el establecimiento de políticas, programas y espacios que promuevan el autocuidado en los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas, en donde el desarrollo de habilidades y estrategias funcionales de afrontamiento al estrés y la educación sexual, formen parte de éstas.

7. REFERENCIAS

- 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.
- Arango, I. (2008). Capítulo 4 “Sexo saludable”. En: *Sexualidad humana* (pp. 47-59). 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. 35-68). España: Editorial Síntesis.
- 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.
- 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.
- Kusnetzoff, J. (2008). *Estrés y sexualidad: relájate y goza*, Buenos Aires, Argentina: Granica.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- 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.
- 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.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254.
- 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.
- Robinson, A. (2018). Let’s talk about stress: History of stress. *Review of General Psychology*, 1-9.
- 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.
- Sánchez, A., Flores, R., Urbina, R., & Lara, N. (2008). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud*, 10(1), pp. 14-21.

- 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.
- 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. & DeLamater, J. (2006). Capítulo 1 “La sexualidad en perspectiva”. En: *Sexualidad humana* (pp. 1-23). México: McGraw-Hill.
- Shibley, J. & DeLamater, J. (2006). Capítulo 10 “Técnicas de excitación y comunicación”. En: *Sexualidad Humana* (pp. 229-259). México: McGraw-Hill.
- Shibley, J. & DeLamater, 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	Edad	Sexo	Nivel de estudios	Ocupación	Escuela de procedencia	Promedio	Pareja	Orientación sexual
Sol	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Justo Sierra	8.5	Sí	Heterosexual
Héroe	26	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Escuela Superior de Medicina	8.7	Sí	Heterosexual
René	26	Masculino	Licenciatura	Estudiante	-	8.9	Sí	Heterosexual
El Más Perrón	24	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	9.0	No	Heterosexual
Chan	29	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Escuela Superior de Medicina	8.5	Sí	Heterosexual
Eli	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Universidad del Valle de México	8.5	Sí	Heterosexual
Radovoyaguer	24	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Escuela Superior de Medicina	8.8	No	Heterosexual
David	23	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Universidad del Valle de México	8.3	No	Heterosexual
Shmee	25	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Universidad Anáhuac	8.2	Sí	Heterosexual

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (CONTINUACIÓN)

Pseudónimo	Edad	Sexo	Nivel de estudios	Ocupación	Escuela de procedencia	Promedio	Pareja	Orientación sexual
Lolo	25	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	7.7	Sí	Heterosexual
Carol	22	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Justo Sierra	9.0	Sí	Heterosexual
Sanled	24	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Universidad Anáhuac	7.9	Sí	Heterosexual
Roca Rey	23	Masculino	Licenciatura	Estudiante	West Hill	8.3	Sí	Heterosexual
Minnie	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Universidad del Valle de México	8.4	Sí	Heterosexual
WH	25	Masculino	Licenciatura	Estudiante	-	-	-	-
Patito	25	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Escuela Superior de Medicina	8.7	Sí	Heterosexual
Agnes	25	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Universidad Tominaga Nakamoto	8.8	Sí	Heterosexual
MIP Muestras	24	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Escuela Superior de Medicina	8.8	Sí	Heterosexual
Paleta	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	-	-	-
MIP	25	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Justo Sierra	8.2	Sí	Heterosexual
Mr. A	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	-	-	Heterosexual

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (CONTINUACIÓN)

Pseudónimo	Edad	Sexo	Nivel de estudios	Ocupación	Escuela de procedencia	Promedio	Pareja	Orientación sexual
MIP Naranja	25	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Justo Sierra	8.4	Sí	Heterosexual
MIP 10	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	Facultad de Estudios Superiores Iztacala	8.0	Sí	Bisexual
Kurt	23	Masculino	Licenciatura	Estudiante	-	8.9	Sí	Heterosexual
Krass	23	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Universidad Autónoma de Guerrero	9.4	Sí	Heterosexual
Nadia	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	8.9	Sí	Heterosexual
La Pinta	26	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Universidad Tominaga Nakamoto	8.3	Sí	Heterosexual
Lili	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	8.6	No	Heterosexual
RMN	26	Masculino	Licenciatura	Estudiante	Justo Sierra	8.5	No	Heterosexual
BJ	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	-	-	-
Sisi	23	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	9.0	No	Heterosexual
Karr	24	Masculino	Licenciatura	Estudiante	West Hill	8.0	Sí	Heterosexual
La Santa María	22	Femenino	Licenciatura	Estudiante	-	8.4	Sí	Heterosexual
Catorce	24	Femenino	Licenciatura	Estudiante	West Hill	8.5	Sí	Heterosexual

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?