



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 del IMSS**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. MARAVILLA MINERO JAVIER**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. PÉREZ LÓPEZ DANAE**

**ASESOR METODOLÓGICO
DR. GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ RICARDO**

CIUDAD DE MÉXICO 2021





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.

**CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 20 del IMSS**

DIRECTORA DE TESIS



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Danae Pérez López", written over a horizontal line.

**DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

ASESOR METODOLÓGICO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ricardo González Domínguez", written over a horizontal line.

**DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CON ALTA ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 20 del IMSS**

VoBo



DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

VoBo

DRA. VEGA MENDOZA SANTA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al porvenir, al futuro, al mañana, a los momentos, que llevará este logro.

Creo que el mayor motivo e inspiración siempre serán los retos que influyen de manera directa en nuestras vidas.

La misma vida te muestra casualidades que se vuelven en un reto para posteriormente transformarse en maestros. Mi gran maestro de vida y academia no fue uno que encuentras en la escuela, sino que la vida te presenta.

Fue mi mayor admiración en todos los ámbitos, siempre que minimizaba el problema y hacia lo imposible posible; creo que de ahí nació mi gran lema de batalla, las posibilidades son infinitas para lograr siempre un objetivo. Pero tristemente falleció luchando contra la misma vida.

Maestros de facultad, especialidad, escuela fueron y serán siempre e indispensables para mi formación, quién creyó en mí cuando ni yo mismo lo hice y visualizaron mi potencial.

Dedico esto a la misma vida, que espero tener para ver el resultado de este esfuerzo y que la esperanza forje en un mañana sin igual.

Believe...

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor ovación es para aquel espíritu de perseverancia, tenacidad y terquedad, que pese a las situaciones más oscuras y sin ánimos de continuar, tuvo la fortaleza de levantarse día con día y seguir.

Agradezco de todo corazón a las tres personas más importantes de mi vida, *mi familia*, **Martha Patricia, Javier y Daniel**; que, pese a todos los retos, dificultades siempre han estado a mi lado apoyándome hasta el último momento y que sin ellos no sería yo.

Gracias hasta el cielo a mi gran inspiración y mi motivo para ser médico, **Alemao**, que, aunque no esté a mi lado mis triunfos como profesionista son parte de él.

Mis infinitas gracias a todas aquellas personas que me sonrieron, me dieron la mano, me hicieron sonreír, me impulsaron a ser mejor día a día y escucharon con dedicación cada palabra de aflicción que emitía, en especial a **Karen Alejandra, Tahidma, Alma, Alejandra Magdalena, Linda Berenice, Victoria, Sonia**, quienes aprendieron a quererme, a ser grandes amigos, compañeros y siempre me dieron un motivo para seguir adelante.

Pero sin duda no tengo palabras de agradecimiento, por llenar de luz mi sendero, en el momento más indicado, quién me acompañó en la mayor parte de la residencia, se volvió mi confidente, mi gran amigo, un motivo enorme de seguir adelante. Me enseñó que nunca se es tarde para empezar de nuevo. Mil gracias por todo **Fortino Francisco**.

Gracias a mis maestros de residencia de medicina familiar, que tuvieron siempre paciencia o una palabra que me hiciera sonreír, motivarme y resolver mis dudas.

ÍNDICE

I. RESUMEN	7
II. INTRODUCCIÓN	10
III. MARCO TEÓRICO	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
V. OBJETIVOS	34
VI. HIPOTESIS	35
VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	36
VIII. RESULTADOS	48
IX. DISCUSIÓN	53
X. CONCLUSIONES	56
XI. RECOMENDACIONES	57
XII. BIBLIOGRAFÍA	58
XIII. ANEXOS	62

I. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 del IMSS

Maravilla-Minero Javier¹, Pérez-López Danae², González-Domínguez Ricardo³

1. Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar UMF 20 IMSS.
2. Médico Familiar. UMF 20 IMSS.
3. Médico Familiar con alta especialidad en Gerontología Medica. UMF 20

INTRODUCCIÓN: Los médicos presta sus servicios profesionales en jornadas que van de las 8 a las 36 horas dentro de las cuales afrontan exigencias de índole laboral y formación humana donde pueden presentan síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades afectando la calidad de vida profesional **OBJETIVO:** Analizar la calidad de vida profesional de médicos en formación de la especialidad de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 del IMSS **METODOLOGÍA:** Se realizo un estudio analítico-comparativo, en los residentes. Previo consentimiento informado a quienes se les aplico una encuesta de datos generales y el Cuestionario Calidad de Vida Profesional 35 (CVP 35). Se utilizó estadística descriptiva y estadística por Kruskal-Wallis, significancia estadística cuando $p \geq 0.05$. **RESULTADOS:** Se observo una calidad de vida global, buena en 69.6%, 46.2% regular. Por genero, la calidad de vida buena en mujeres con un 82.6%. El estado civil soltero, con una calidad de vida Buena en un 73.9%. La calidad de vida profesional fue valorada como buena en un 37% y regular en un 62.9%, el Apoyo directivo se valoró como Bastante en un 69.4%. La Carga de trabajo se valoró como Bastante en un 69.4%, la Motivación intrínseca se calificó como Mucho en un 59.7%. La Calidad de vida se valoró como Bastante en un 67.7%. Teniendo una valoración de la Calidad de vida en una media de 41.45 por parte de los residentes de primer año con una p significativa de 0.009. **CONCLUSIONES:** Los residentes de primer año mujeres, entre 25 a 29 años, solteras presentan mejor Calidad de Vida profesional.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL, MÉDICOS RESIDENTES

ABSTRACT

QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE OF PHYSICIANS IN TRAINING OF THE FAMILY MEDICINE SPECIALTY OF THE FAMILY MEDICINE UNIT N ° 20 of the IMSS

Maravilla Minero Javier¹, Pérez López Danae² González Domínguez Ricardo³

1. 3rd year Resident Physician of Family Medicine UMF 20 IMSS
2. Family Physician. UMF 20 IMSS
3. Family Physician with a high specialty in Medical Gerontology. UMF 20.

INTRODUCTION: Medical residents provide their professional services in days that go from 8 to 36 hours within which they face demands of a labor nature and human training where they can present clinical symptoms of emotional disorders and diseases affecting the quality of professional life. **OBJECTIVE:** Analyze the quality of professional life of doctors in training in the specialty of family medicine of the Family Medicine Unit No. 20 of the IMSS. **METHODOLOGY:** An analytical-comparative study was carried out on the residents. With prior informed consent to whom a general data survey and the Professional Quality of Life Questionnaire 35 (CVP 35) were applied. Descriptive statistics and statistics by Kruskal-Wallis were used, statistical significance when $p \geq 0.05$. **RESULTS:** A global quality of life was observed, good in 69.6%, 46.2% fair. By gender, the good quality of life in women with 82.6%. The single marital status, with a good quality of life in 73.9%. The quality of professional life was valued as good in 37% and fair in 62.9%, Management support was valued as Fair in 69.4%. Workload was rated Fairly in 69.4%, Intrinsic Motivation rated as Much in 59.7%. Quality of life was assessed as Fair in 67.7%. Having an assessment of the Quality of life in a mean of 41.45 by the first-year residents with a significant p of 0.009. **CONCLUSIONS:** First-year female residents, between 25 and 29 years old, single present a better quality of professional life.

KEY WORDS: QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE, MEDICAL RESIDENTS.

**CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 del IMSS**

Registro ante el comité: R-2021-3404-026

I. INTRODUCCIÓN

México forma parte de un mundo globalizado cuyo permanente cambio impone numerosos retos; uno de singular importancia es el que se refiere a la formación de médicos, debido a que este personal es un elemento del Sistema Nacional de Salud y su papel es fundamental en la atención de las necesidades sanitarias de la población, es por esto que desde el año 2005, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han promovido en el mundo, y en la Región de las Américas en particular, un movimiento destinado a generar políticas y mecanismos de planificación y gestión que garanticen la cantidad y calidad de los profesionales de la salud

Es de vital importancia el estudiar a los médicos y en este caso a los que se encuentran en formación debido a que son la principal fuerza laboral de los hospitales y unidades de salud. En el 2015, se contabilizaron 22,613 residentes, donde dependiendo de la institución y de la especialidad, presta sus servicios profesionales en jornadas que van de las 8 a las 36 horas dentro de las cuales afrontan exigencias de índole laboral y formación humana como: atención de los pacientes, carga y horarios de trabajo, tareas administrativas, contacto con el sufrimiento y la muerte, además de la jerarquía hospitalaria; simultáneamente, se pueden presentar síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades de diversa índole, repercutiendo en la calidad de vida profesional lo cual repercute su aprendizaje y alteran su funcionalidad.

Por todo lo anterior el desarrollar estudios que valoren la calidad de vida de esa parte esencial de atención sanitaria que son los médicos en formación en este caso de un posgrado debido a que debemos de ver más allá de solo ver al individuo como el prestador de atención y ver a la persona como un individuo el cual también presenta necesidades, siente y puede también afectarse, no solo en beneficio de su aprendizaje sino también porque a partir de esto podremos tener posteriormente a médicos especialistas con una adecuada salud no solo física sino mental, por lo que es necesario ampliar nuestro conocimiento para conocer las necesidades de estos.

Ahí radica la importancia de considerar la calidad de vida profesional como parte fundamental para la formación de médicos.

III. MARCO TEÓRICO

Médicos Residentes.

El médico residente es, por definición operativa, el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria.

El médico residente labora más de 24 horas al día con personas que sienten y sufren. La satisfacción laboral del médico residente en las instituciones de salud no tiene prioridad, dado que una mala dieta en un trabajador genera baja productividad y consecuencias a largo plazo en su salud. El médico residente ocupa un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano.

Las guardias complementarias (A, B, C, D), con un horario de entrada a las 16 pm y salida a las 7 am, de lunes a viernes. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales.

Desde hace 43 años, el ingreso de médicos generales aspirantes a realizar una especialidad médica tiene como requisito principal haber sido seleccionado(a) a través del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas). Este año, un total 42,680 médicos generales aspirantes realizaron el ENARM XLIII para

alguna de las 27 especialidades de entrada directa contempladas en la Convocatoria, con una oferta sectorial total de 9,480 becas. ⁽¹⁾

Medicina Familiar.

La medicina familiar tal vez sea la única especialidad médica que no surgió a partir del progreso en nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sino por la exigencia de atender imperiosas necesidades sociales y de salud de la población y restituir el derecho a la atención más integradora a la población. Surge o se deriva de la medicina general para constituirse con un cuerpo propio de conocimientos. Está orientada a la atención de personas y familias y no de molestias o enfermedades.

El médico familiar ejerce con una perspectiva integral de curso de vida que cuida la salud física, mental y emocional de las familias a su cargo. Es un experto en prevención, constituye el centro del proceso de atención y ayuda al individuo a transitar en un sistema de salud frecuentemente confuso.

Dimensiones fundamentales del ejercicio profesional del médico familiar son la atención de primer contacto, la atención centrada en la persona y su familia con perspectiva longitudinal del curso de vida, y la atención integral y holística; en suma, el médico familiar funge como líder del equipo de salud y coordinador de la atención médica que requieran la persona y su familia.

En México, hasta la fecha, la UNAM mantiene, en su Plan Único de Especializaciones Médicas, la residencia de medicina familiar como un curso con una duración de tres años, sin requisito previo de otra especialidad y con actividades «clínicas y de enseñanza» en establecimientos del primer nivel de atención para «propiciar mayor contacto con el área de desempeño profesional». Aun así, durante los dos primeros años, en el 50% del tiempo se conservan actividades a nivel hospitalario para la rotación por las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía y urgencias. Los contenidos

de la estructura curricular se establecen en tres funciones profesionales: atención médica, investigación y educación, y las unidades didácticas se proponen como seminarios integradores, con el fin de conformar el perfil profesional en la atención primaria.

De un total de 153, 605 médicos, el número de médicos especialistas en medicina familiar supera los 25, 000, de los cuales 8,205 han sido certificados por el Consejo. De éstos, se ha recertificado un total de 1, 986 médicos familiares. ⁽²⁾

Calidad de Vida Profesional.

La calidad de vida profesional (CVP) se define como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas. Una buena Calidad de Vida Profesional, se puede suponer cuando el individuo experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de uno mismo. ⁽³⁾

Rodarte (2016), menciona que: la Calidad de vida profesional, se asocia a la satisfacción, de la salud y el bienestar del trabajador. Desde ese punto de vista la Calidad de Vida Profesional, explica la manera en que el trabajo es experimentado, tanto objetiva (seguridad, higiene, el sueldo, etc.), como subjetivamente (la forma en que se vive por el trabajador), lo que condiciona a su forma de actuar y pensar en los ambientes con trascendencia social. ⁽⁴⁾

Es por esto que: la satisfacción laboral de los trabajadores y de la calidad de vida de los profesionales es un importante objetivo de las organizaciones sanitarias, por su influencia en la calidad de los servicios ofertados y en el comportamiento

efectivo de los profesionales. En el ámbito sanitario esta percepción de equilibrio se traduce en una mejora de la calidad de los servicios prestados, ya que los trabajadores tienden a dar calidad al cliente en el mismo grado en que perciben que son tratados por la organización en que trabajan. ⁽⁵⁾

Calidad de Vida Profesional en el Personal Médico en Formación.

Definiremos como Personal Médico en Formación para este estudio, a los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar que se encuentran cursando alguno de los tres años, es por esto de vital importancia comprender lo que conlleva el termino de médico residente:

- En base a la Norma Oficial Mexicana es el médico estudiante de posgrado como el que se encuentra en proceso de formación para obtener el título de especialista.
- La Ley Federal del Trabajo lo define como el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con los estudios de residencia. ⁽⁶⁾

El médico residente es un médico que cuenta con título universitario y cédula profesional que son la base legal en México para ejercer la medicina general en cualquier institución de salud, pública o privada. Esto le confiere la facultad de tener pacientes a su cargo, de extender recetas médicas y de responsabilizarse en un sentido legal, moral y profesional por la salud del individuo y de la población. El residente considerando la Ley Federal de Trabajo estará adscrito a una unidad receptora de residentes durante el tiempo que dure su entrenamiento en la especialidad, es entonces, tanto un trabajador de la salud como un alumno de posgrado. ⁽⁷⁾

Teniendo dentro de sus funciones: actividades asistenciales, pero también educativas dos veces por semana, que en ocasiones pueden durar hasta 36 horas y tienen una estrecha participación con los especialistas que fungen como tutores, creándose en ocasiones ambientes estresantes que perdura durante todo el período de formación. ⁽⁸⁾

Calidad de Vida Profesional en el Personal Médico en Formación.

La actividad del médico residente es un fenómeno social difícil de comprender; incluye aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa. Por estas razones resulta indispensable estudiar más las condiciones de trabajo de los médicos residentes y las repercusiones que tiene en su calidad de vida como profesionista. ⁽⁹⁾

En nuestro país existen normas que establecen condiciones laborales adecuadas al desempeño, beneficio y seguridad de los médicos en formación, quienes tienen una doble exigencia, la académica y la laboral, requieren durante el período de adiestramiento de la adaptación a diferentes situaciones estresantes a nivel profesional y personal. ⁽¹⁰⁾

Asociaciones médicas, facultades y autoridades de salud han promovido diversas transformaciones tanto en la forma en que es comprendido el papel del médico en formación, en el escenario educativo y de atención en salud como en el ejercicio práctico de sus responsabilidades. No obstante, a pesar de que las facultades de salud se esfuerzan por formar más y mejores profesionales capaces de combatir la enfermedad, el estrés y la disminución de la calidad de vida, son factores cada vez más frecuentes, encontrando entre los factores más comúnmente asociados a este problema la sobrecarga de trabajo, la privación de sueño y las consecuencias derivadas de estos factores tales como errores en la atención y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares; simultáneamente, en muchos de estos

médicos se presentan síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades de diversa índole. ⁽¹¹⁾

En lo que respecta al rubro de facultades la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), desarrollo el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) con el cual se evalúa el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se imparten en dichas especializaciones. Resulta evidente que dichos aspectos afectivos y sociales no suelen ser considerados al evaluar el desempeño que exige la residencia; sin embargo, estos afectan considerablemente el desarrollo integral del individuo.

Patologías como la ansiedad y la depresión, causales de discapacidad y ausentismo laboral, pueden ser precipitadas por los programas de formación de especialistas, en los que las cuestiones laborales, sociales y académicas pueden alterar el estado emocional y afectar así, la calidad de vida de los residentes. ⁽¹²⁾

El entrenamiento médico parece un factor desencadenante de estrés, pero el agotamiento, los síntomas depresivos y la ideación suicida son comunes tanto durante el entrenamiento como en los primeros años de la práctica médica, siendo en cada etapa más prevalente. ⁽¹³⁾

Los profesionales de salud tienden a desarrollar conflictos que los empujan fácilmente a un ciclo vicioso que puede afectar al paciente, así como la reputación personal e institucional lo cual da pie a condiciones como carga laboral excesiva, estrés, depresión o agotamiento profesional. ⁽¹⁴⁾

Otro factor relevante entre los residentes parece ser la angustia, aunado a la fatiga, somnolencia y depresión por agotamiento, que afectan negativamente la calidad del residente y del paciente a su cargo. ⁽¹⁵⁾

Es además de importancia analizar la ansiedad que se puede generar en los residentes, que si bien es cierto que la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas, esta se ha asociado con fatiga, insomnio, tensión muscular, falta de concentración e irritabilidad; esto conduce a que los individuos se sientan excesivamente asustados, angustiados o incómodos durante situaciones en las que la mayoría de las otras personas no experimentan estos mismos sentimientos las prevalencias a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente. ⁽¹⁶⁾

El síndrome de desgaste laboral (SDL) o Burnout, es descrito como: una frustración generada por la carencia de refuerzo esperado ante el esfuerzo de un trabajador y el estrés pueden tener una repercusión negativa en el bienestar físico y mental, en la satisfacción de la vida del alumno, así como en el cuidado de sus pacientes. ⁽¹⁷⁾

Puesto que ocasiona un deterioro de los recursos emocionales y cognitivos del sujeto produciendo un estado de agotamiento físico y mental, encontrando que la capacidad para realizar las labores ocupacionales se ven afectadas; esto puede generar desapego por los pacientes, despersonalización y reducción o falta de realización personal, cabe señalar que la prevalencia del síndrome de desgaste es muy variable, entre 18 y 82%. ^{(18) (19)}

Para entender lo que respecta al agotamiento cabe analizar lo siguiente: en nuestro país los médicos residentes suelen ser quienes proporcionan la mayor parte de la atención médica a los pacientes en hospitales públicos o de seguridad social, teniendo as jornadas laborales en promedio de más de 80 horas/semana, con límites de 42 a 113 horas según la especialidad, teniendo horas laborales más elevadas de las horas de trabajo sugeridas para médicos residentes en países industrializados, como Dinamarca o Estados Unidos.

Siendo en este último país donde desde hace 10 años se han reducido paulatinamente las horas de trabajo para los médicos residentes; esto basado en diferentes estudios, como los de Blum y Landrigan en los que describen que una semana de trabajo ideal debe ser de un máximo de 50 horas y la duración máxima de guardias deben ser 11 horas, otorgándoles un periodo de cinco horas de tiempo de sueño, esto debido a la propensión a cometer errores, afectación en la calidad de vida, despersonalización, alteraciones en el estado de ánimo y depresión, así como alteraciones del juicio médico.⁽²⁰⁾

En el contrato colectivo de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en lo que respecta a los médicos residentes, señala que sus actividades curriculares comprenderán la instrucción académica, el adiestramiento y la instrucción clínicos complementaria, sin especificar los límites de horarios para el trabajo, sólo menciona que pueden realizar instrucción clínica complementaria con periodicidad máxima de 72 hora.⁽²¹⁾

Son en estas largas jornadas donde se deben realizar guardias activas de 24 h de manera obligatoria y continuar al otro día con sus actividades laborales regulares donde la falta de sueño puede provocar fallas de atención, bajo rendimiento cognitivo, un deterioro de la capacidad de juicio, aumentar el número de errores y disminuir la capacidad de atención y reacción a valores equiparables a niveles de alcohol en sangre de 0,5 g/litro; además de que la falta de sueño produce alteraciones y afectan las capacidades neurocognitivas, alteran del ritmo circadiano, la concentración, la memoria y la actividad psicomotriz, aumentando la posibilidad de cometer errores, sin embargo dichas reglas son aceptadas como normales por residentes, médicos de base y responsables de los programas de formación.⁽²²⁾

Un trabajo excesivo estaría asociado con una atención médica deficiente, creando la percepción en el residente de que la formación que recibe no es la adecuada. Algunos autores han demostrado que el hecho de disponer de tiempo adecuado

mejora la satisfacción profesional. La falta de tiempo es también una barrera que tiene el residente para poder dedicarse a otras actividades fuera de la asistencial, muestra de ello puede ser el menor porcentaje de residentes satisfechos en las áreas de investigación y docencia. Además, el hecho de tener facilidades para realizar la tesis es un factor que se asocia a la satisfacción global, como también han puesto en evidencia otros estudios. Es de notar que ninguna de las actividades de las guardias se ha asociado con la satisfacción global, lo que podría deberse a que el residente valora más otros aspectos de su formación que el duro trabajo durante las guardias.

El año de residencia se asocia con la satisfacción global, los residentes de primer año muestran menor satisfacción que en los siguientes años, esto se podría deber a que el trabajo no satisface las expectativas que tenían al inicio o bien porque en estos años de residencia en ello se deposita una mayor carga de trabajo. Algunos autores han encontrado que el incremento en la satisfacción en la residente mejora su actividad asistencial y, en cambio, la insatisfacción aumentaría el número de errores. Aunque existe poca evidencia sobre la repercusión de la formación del residente en el trabajo como futuro especialista, el mejor conocimiento de los factores asociados a la satisfacción del residente podría servir para perfeccionar el diseño de los programas formativos. ⁽²³⁾

El proceso de residencia médica implica dejar muy claro en profesores y alumnos el proceso de subordinación académica privilegiando el conocimiento, la experiencia y los diferentes cargos, pero sin olvidar el respeto y el derecho que cada individuo tiene; por ejemplo, la posición que ocupan los residentes es de las de menor rango, y la posibilidad de tener control sobre la cantidad de trabajo, tiempo para ejecutarlo y recursos para realizarlo queda absolutamente fuera de su alcance. ⁽²⁴⁾

Otro problema a los que se enfrentan los médicos en formación es el consumo de drogas secundario a la desorganización social, tensión, estrés y la angustia

generados por las demandas del rol que desempeña, siendo el área laboral y el tipo de ocupación factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas, asimismo la familia, las amistades y el ámbito de estudio juegan un papel central. (25)

Además de las adicciones, otros autores señalan que los profesionales que laboran en el área del cuidado de la salud pueden presentar alteraciones en el estado de salud como lo son originadas por enfermedades crónicas no transmisibles encontrándose en el 3.1% dislipidemia, 3.1% hipertensión arterial sistémica, 1.5% diabetes mellitus tipo 2, además 58.5% consumía una alimentación de calidad regular, y 53.8% era sedentario. (26)

Otro estudio en médicos residentes de medicina familiar en México, reporto que 47% de los encuestados se consideraron a sí mismos sedentarios, lo cual coincide con la población en la región de las Américas en la dificultad para emprender o involucrarse con un régimen de actividad física. Un grupo de médicos de un hospital universitario de Michigan lo explica que los compromisos familiares y los horarios de trabajo les impiden practicar ejercicio. (27)

Cuestionario Calidad de Vida Profesional 35 (CVP 35).

El CVP-35, propuesto por Salvador García, diseñado basándose en el modelo teórico demandas-control-apoyo social de Karasek y validado por Carmen Cabezas, constituye un instrumento válido, fiable y bien aceptado por los profesionales. El cuestionario CVP-35, consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10). Este cuestionario presenta tres dimensiones: «apoyo directivo» (CVP-AD), «cargas de trabajo» (CVP-CT) y «motivación intrínseca» (CVP-MI), además de una pregunta directa sobre la percepción de la Calidad de Vida Profesional. (28)

Las preguntas se agrupan en las siguientes dimensiones: apoyo directivo (13 ítems), cargas de trabajo (11 ítems) y motivaciones intrínsecas (10 ítems), la pregunta referente a la calidad de vida no se agrupa bajo ninguna dimensión y consta de un ítem. Los ítems que correspondientes a; Apoyo directivo son: 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28 y 30; Carga de trabajo: 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 33 y Motivación intrínseca: 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32, 35.

Las subescalas de cada dimensión presentan una consistencia interna alta (Q de Cronbach entre 0.75 y 0.86), la Consistencia interna: coeficiente alfa de Cronbach global = 0.93. El análisis factorial por componentes principales: los 35 reactivos tuvieron una distribución normal, la prueba de KMO= 0.9 rebasó los límites mínimos esperados de adecuación muestral; la prueba de esfericidad de Barlett $p < 0.001$ indicó una matriz identidad adecuada para el modelo analítico. ⁽²⁹⁾

En busca de mejorar las oportunidades laborales, estilos y calidad de vida, los médicos optan por los Programas de Especialización Médica, proceso enfrenta una serie de factores que pudieran afectar la calidad de vida profesional, como; las largas jornadas laborales, el estilo de vida, la satisfacción laboral, presencia de ansiedad, depresión, entre otros. Los cuales pueden afectar, a corto, mediano, largo plazo su salud o bienestar, con ello afectarse de manera directa su calidad de vida profesional, es por esto que, han surgido diversos estudios que se han centrado en estudiar a este grupo de población. ⁽³⁰⁾

Concretamente en lo que respecta a la calidad de vida profesional Rivera Avila y cols (2015) en México validaron los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS en médicos residentes mediante autoaplicación en línea a través de un estudio observacional, prospectivo, transversal, multicéntrico, y analítico empleando una muestra de médicos residentes del ISSSTE nacional, en curso de especialidad o subespecialidad médica durante el 2015-2016 y que aceptaron participar proporcionando su correo y consentimiento. Recibiendo vía e-mail instrucciones para el llenado y envío en junio-julio del 2015 obteniendo un

total de 360 residentes de los cuales 17 fueron excluidos por responder más de una vez, obteniéndose una muestra definitiva de $n = 338$, procedente de 19 sedes a nivel nacional. Validación CVP-35: 35 ítems escala Likert 5 puntos, $\alpha = 0.93$, $KMO = 0.9$, prueba de esfericidad de Barlett $p < 0.001$. Ocho factores con eigenvalores > 1 explicaron 62.5% de varianza total (demandas del puesto, apoyo directivo, motivación intrínseca, apoyo del equipo, realimentación institucional, calidad de vida percibida, demandas físicas y personales, y apoyo económico) concluyendo una adecuada fiabilidad y validez para la autoaplicación en línea del instrumento CVP-35 en médicos residentes.

La validación de los instrumentos CVP-35 y MBI-HSS surge en respuesta a la necesidad de contar con instrumentos para medir ambos constructos, ya que se ha descrito que la afectación en la CVP está relacionada con la aparición de trastornos psicolaborales como el síndrome de burnout. Contar con instrumentos validados localmente es fundamental para analizar el grado de satisfacción profesional de los médicos especialistas en formación, y comparar su evolución después de la eventual implementación de medidas para mejorar sus condiciones asistenciales.⁽¹¹⁾

Estudios relacionados

En lo concerniente a la calidad de vida profesional y sueño en profesionales en Lima, Grimaldo y Reyes (2015) determinaron la relación que existe entre calidad de vida profesional y sueño en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, mediante un diseño correlacional, en una muestra conformada por 198 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Calidad de Vida Profesional CVP-35 de Cabezas (1998) y un cuestionario de sueño y reposo diseñado para el presente estudio.

Se encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26). Encontrando que es probable que este grupo valore el sueño como aspecto importante para su calidad de vida profesional, lo cual podría estar influyendo en su desempeño laboral. ⁽³¹⁾

En América Latina Vergara y cols en Colombia evaluaron la percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría a través de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, realizado a través del Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35), validado en español, que consta de treinta y cinco ítems.

Se llevó a cabo un total de veinticinco encuestas, edad media: 29 años. Los resultados en la encuesta de calidad de vida revelan en el ítem “Trabajo que tengo” que el 100% está en valores > 5 (Bastante a Mucho); en “Satisfacción con el tipo de trabajo” el 72% está distribuido en valores > 5 (Bastante a Mucho); en “Satisfacción con el sueño”, 72% fueron calificados con valores < 5 (Algo o Nada); en “Calidad de vida percibida” 4% la calificó como “Nada”, 40% “Algo”, 44% “Bastante” y 12% “Mucho”; y en la variable “Estrés emocional”, 76% puntuó valores > 5 (Bastante a Mucho).

Encontrando que la mayoría de los residentes viven en estrato socioeconómico 3 y 68% no tienen vivienda propia. Una gran cantidad de residentes trabajan más de cuarenta y ocho horas semanales. Llama la atención que el 40% reportó sufrir de alguna patología. Las horas de sueño diarias son siete en promedio, lo cual es aceptable, sin embargo 72% no están satisfechos con las horas de sueño; pese a que 76% refieren tener una gran cantidad de trabajo y presentar estrés emocional, 72% están satisfechos con el tipo de trabajo y más de la mitad de los residentes consideran tener una buena calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

En lo que respecta a la presencia de horas laborales Prieto Miranda y cols (2015) en México determinaron la repercusión que presentaban las jornadas de trabajo

en los médicos residentes de un hospital de segundo nivel mediante un estudio descriptivo-transversal donde se incluyeron médicos residentes de especialidades médicas y quirúrgicas adscritos al Hospital General Regional núm. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco.

El cual constó de dos secciones, la primera con algunos datos demográficos (cinco preguntas) y la segunda con 46 ítems, siete preguntas con respuesta abierta y 39 con respuestas con formato tipo Likert, donde se evaluaron las siguientes dimensiones: jornadas laborales, organización en el trabajo, acoso laboral, factores psicosociales, salud-bienestar y habilidades-perspectivas profesionales. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y se consideró un valor de p significativo < 0.05 . resultados: en la evaluación de la jornada laboral de los médicos residentes se encontró una media de 70.1 ± 21.1 horas/semana para todas las especialidades; sin embargo, en las quirúrgicas se obtuvo una media de 89.1 ± 21.5 y en las médicas de 67.1 ± 19.1 horas/semana ($p < 0.0001$).

En relación con sus efectos, encontramos repercusiones en las siguientes dimensiones: estrés, acoso laboral, organización del trabajo, factores psicosociales, habilidades y perspectivas profesionales. Con lo que se concluyó que el número de horas de las jornadas laborales en médicos residentes en un hospital de segundo nivel es muy superior al recomendado en la mayor parte de las especialidades y tiene repercusiones en todas las dimensiones estudiadas. ⁽²¹⁾

Conforme a la intervención de la condición de vida Ramirez y cols (2015) buscaron identificar el estilo de vida de los médicos familiares de México, miembros del Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF) mediante un estudio multicéntrico, transversal y descriptivo donde se incluyeron a miembros del CMMF, activos laboralmente, jubilados o médicos residentes del medio institucional y/o privado.

Obteniendo una muestra aleatorizada de 277 de un total de 889 socios. Se recibió la aprobación de un comité de ética. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario auto aplicado contestado por correo electrónico o paquetería que consto de las siguientes secciones : I. Datos sociodemográficos, II. Características familiares, III. Información académica, IV. Información laboral, V. Estado de salud actual, VI. Malos hábitos de salud, y VII. Escala del Perfil de Estilo de Vida de Salud (PESP). Obteniendo un promedio general de PESP de 2.8 (DE 0.4); las puntuaciones más bajas en las subescalas fueron: Actividad física 2.3 (DE0.8), Responsabilidad en la salud y Manejo del estrés con 2.6 (DE0.5). Se encontró sobrepeso en 53.3% (113) (IC 95%, 46.5-60.0) y sedentarismo en 47.1% de los casos (100) (IC 95%, 40.4-53.9).⁽²⁸⁾

En lo que atañe al grado de satisfacción laboral en España Ayala Morillas y cols (2014) analizaron la satisfacción del especialista en formación y sus factores asociados mediante un estudio transversal con encuestas autocumplimentadas a los residentes en formación del Hospital Clínico San Carlos en los cortes realizados en los años 2006, 2009, 2010 y 2012 obteniendo un porcentaje de participación total de un 83,7% (1.424/1.701). La edad media fue 28,4 (DE 3,2) años.

El porcentaje de satisfacción global fue de un 75,2%. En el análisis multivariado, los factores asociados de manera estadísticamente significativa a la satisfacción global fueron: la implicación del personal docente (tutores y adjuntos) en la formación, mayor satisfacción en especialidades médicas frente a las quirúrgicas, el año de residencia, las facilidades para realizar la tesis, trabajar menos de 40 h a la semana, el tiempo adecuado para la realización de las tareas diarias, la adecuación en el número de sesiones en el servicio y el no disponer de otra especialidad previa.

Concluyendo que las actividades relacionadas con la investigación y docencia están asociadas con la satisfacción global del residente. Los factores de la

actividad rutinaria que más se asocian con la satisfacción fueron el tiempo disponible y las horas de trabajo. ⁽²⁴⁾

En lo referente a la presencia de depresión y ansiedad Vázquez Ramírez y González Pedraza Avilés (2014) en nuestro país determinaron los niveles de ansiedad y depresión en médicos residentes, así como la relación con su calidad de vida, a través de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo donde se incluyeron a 77 médicos residentes de las especialidades “troncales” de un hospital regional y de la especialidad de Medicina Familiar, correspondiente a clínicas del primer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Aplicaron los inventarios de Beck para ansiedad y depresión y las viñetas Coop-Woncap para calidad de vida relacionada con la salud. Se utilizó Kruskal Wallis, análisis de varianza de un factor y coeficiente de correlación de Spearman; encontrándose que, en 12 alumnos, 15.5% del total, se presentó algún grado o nivel de ansiedad y depresión.

En calidad de vida, la dimensión con menor promedio fue dolor (1.94%), mientras que el más alto fue en sentimientos (2.51%). Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida se obtuvo significancia estadística en la mayoría de las dimensiones a partir de lo que concluyeron es evidente que los dos trastornos de salud mental pueden producir efectos importantes sobre la calidad de vida relacionada con la salud, tal como se observó en el grupo de residentes estudiado.

(13)

Conforme al estudio de Montiel Jarquín y colaboradores (2015) también en nuestro país evaluaron la presencia de ambos trastornos pero en residentes de Traumatología y Ortopedia a través de un estudio transversal en residentes de dicha especialidad aplicando el Cuestionario de Hamilton para depresión y ansiedad empleando estadística descriptiva, frecuencias, proporciones y riesgo relativo, dicho estudio incluyó a 31 residentes, media de edad 28.19 (25-31) \pm 1.47

años; 93.5% hombres, 6.5% mujeres; 12.9% residentes de cuarto año, 29% de tercero, 32.2% de segundo y 25.8% de primer año; 67.7% sin pareja, 54.8% originarios de un estado diferente, 61.9% con más de 6 meses fuera del entorno familiar; 41.9% fumaban, 41.9% ingerían bebidas alcohólicas.

La depresión fue ligera en el 16.1%, moderada en el 22.5%, grave en el 16.1% y muy grave en el 6.4%; la ansiedad fue leve en el 38.7%, moderada en el 41.9% y grave en el 3.2%; 58% presentaron ambos trastornos. Se presentó depresión en 87.5% residentes de primer año, 50% de segundo año, 55.5% de tercer año, 50% de cuarto año; ansiedad en todos los de primer año, 80% en los de segundo año, 77.7% en los de tercer año y 75% en los de cuarto año; cambio de residencia, permanencia mayor de 6 meses fuera de casa, fumar y tomar bebidas alcohólicas son factores de riesgo. ⁽⁹⁾

Continuando con esta línea de investigación pero en la Especialidad de Medicina Familiar Mascarúa Lara y cols (2014) identificaron la presencia de ansiedad y /o depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar a través de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de Puebla empleando el test de Hamilton y para la depresión el test de Beck a 56 residentes de Medicina Familiar, 41 (73.21%) del sexo femenino y 15 (26.79%) del masculino, con la edad media de 30 años; 29 residentes (50%) estaban solteros al momento del estudio. Con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año.

Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve, encontrándose sobre todo en residentes de segundo año con 5 casos (45.4%), y en cuanto al estado civil, 6 (45.5%) eran solteros. A partir de lo cual concluyeron que los residentes no presentaron algún grado de ansiedad y/o depresión; de los residentes que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión leves fueron las más frecuentes. ⁽¹⁰⁾

En lo concerniente a ansiedad Aguilera y cols (2015) en Guatemala determinaron los niveles de ansiedad en médicos residentes en diferentes especialidades del Hospital General San Juan de Dios empleando el cuestionario inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE); donde se obtuvieron 132 encuestas para el análisis. La mayoría de los médicos encuestados son hombres (59%), solteros (83%) que no tienen dependientes (79%), cursan residencia de cirugía o medicina interna (54%), trabajan más de 80 horas por semana (85%) y viajan menos de una hora para llegar al lugar de residencia (67%). El promedio del nivel de ansiedad-estado de los médicos residentes fue 46.94 puntos, mientras que el nivel promedio de ansiedad-rasgo fue de 42.77 puntos.

El 35% de los residentes poseen niveles de ansiedad medio y 59% altos en el momento de responder la encuesta; y el 56% posee niveles de ansiedad medio y 37% alto generalmente. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en base a género, estado civil, tipo de residencia, dependientes y horas de tráfico. La única variable asociada con ansiedad fue la cantidad de horas de trabajo por semana, por lo que concluyeron que la mayoría de los residentes encuestados poseen niveles de ansiedad medio-altos, la única variable asociada con niveles de ansiedad fue la cantidad de horas de trabajo por semana.⁽²³⁾

Específicamente en lo que respecta al síndrome de desgaste en médicos residentes Secin Diep y Rodriguez Webwe (2016) en la Ciudad de México buscaron conocer la prevalencia del síndrome de desgaste y sus síntomas afectivos asociados en médicos residentes de un grupo de hospitales generales privados de la Ciudad de México a través de un estudio prospectivo en el que se evaluaron médicos residentes e internos de pregrado.

Se les aplicó la escala de Maslach en tres ocasiones a lo largo de un año escolar donde se incluyeron a 57 médicos residentes e internos de pregrado; del total de

la muestra, 48% reportó agotamiento emocional, 20% deshumanización y 15% falta de realización personal.

En el análisis por grupo, el cansancio emocional predominó en los médicos internos de pregrado, con 37%, seguidos por los pediatras con 11%. Al comparar el porcentaje de cansancio emocional en las tres fechas de recolección de información (febrero y octubre de 2009 y abril de 2010), el porcentaje de reporte de cansancio emocional se incrementó en 17, 48 y 73%, respectivamente concluyendo que el síndrome de desgaste y el estrés pueden tener una repercusión negativa en el bienestar físico y mental, en la satisfacción de la vida del alumno y en el cuidado de sus pacientes mostrando deshumanización y falta de realización personal.

Los residentes de Medicina Interna, a pesar de ser el segundo grupo más numeroso de cuestionarios devueltos, mostraron menos síndrome de desgaste que los residentes de Pediatría y Cirugía. ⁽¹⁷⁾

En Sudamérica Jácome y cols (2018) determinaron la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas de una universidad pública en el departamento del Cauca- Colombia mediante un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en 40 estudiantes de residencia médica ,en quienes se estableció la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, dominios evaluados por el Test Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, instrumento que evalúa la prevalencia desíndrome de Burnout, obteniendo una población de residentes de medicina compuesta por hombres en un 55%, se encontró que la razón de prevalencia del síndrome de Burnout fue del 0,9 y estuvo presente en el 47,5% de los participantes

El 42,5% presentaban cansancio emocional, el 55% presentaron baja despersonalización y solo la mitad reportaron estar en un alto nivel de realización personal; identificando la presencia de altos niveles de agotamiento emocional

tiene un valor decisivo para la presencia del síndrome de Burnout con mayor compromiso en el sexo femenino y la edad menor de 35 años. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado Liselotte y cols en Estados Unidos compararon la prevalencia de agotamiento y otras formas de angustia en etapas profesionales y las experiencias de los estudiantes y los médicos recién egresados (≤ 5 años en la práctica) versus las de los graduados universitarios de edad similar de otras carreras, durante los años 2011 y 2012 mediante una muestra probabilística empleando una encuestas para evaluar el agotamiento, los síntomas de depresión y la ideación suicida, la calidad de vida y la fatiga. Encontrando que las tasas de respuesta fueron 35.2% (4,402 / 12,500) para estudiantes de medicina, 22.5% (1,701 / 7,560) para residentes / becarios, y 26.7% (7,288 / 27,276) para médicos recién egresados.

En los modelos multivariados que controlaban el estado de la relación, el sexo, la edad y la etapa profesional, ser residente se asociaba con mayores probabilidades de agotamiento y ser un estudiante de medicina con mayores probabilidades de síntomas depresivos, mientras que los médicos de los recién egresados tenían las menores probabilidades de fatiga.

En comparación con las muestras de control de población, los estudiantes de medicina, los residentes y los médicos recién egresados tenían más probabilidades de fatiga (todos $P < .0001$). Los estudiantes de medicina y los residentes tenían más probabilidades de presentar síntomas de depresión que las muestras de control de la población (ambos $P < .0001$), pero no tenían más probabilidades de haber experimentado una ideación suicida reciente. Concluyendo que la etapa de estudiante parece ser el momento pico para la angustia entre los médicos, pero las diferencias en la prevalencia de agotamiento, síntomas depresivos e ideación suicida reciente son relativamente pequeños.

En cada etapa, el agotamiento es más frecuente entre los médicos que entre sus compañeros en la población de EE. UU. ⁽²⁰⁾

En Europa Mordant y cols evaluaron las condiciones del entrenamiento y la calidad de vida de residentes y becarios de cirugía oncológica de toda Europa a través del empleo de una encuesta web Miembros de la Unión Europea de la Sociedad de Oncología Quirúrgica; obteniendo que la encuesta fue completada por 109 residentes y 53 becarios (edad media 34.6 ± 8.2).

El puntaje de evaluación de escala para la calidad de vida fue de 34.8 ± 8.6 fuera de un posible 50. Se declaró un bajo nivel de fatiga en un 60% de los alumnos. Sin embargo, el 44% obtuvo una puntuación anormal en la Escala de somnolencia de Epworth, que se relacionó principalmente con el horario laboral del hospital y falta de programas educativos.

Se encontró un alto puntaje de depresión (51%) y agotamiento (25%) asociados con el estado de residente y la falta de tutoría respectivamente. Errores médicos mayores en los últimos 3 meses fueron auto informados por el 20% de los alumnos, a partir de todo esto concluyeron que, en Europa, la calidad de vida percibida es en general aceptable entre los residentes de cirugía oncológica, sin embargo, se encontró un alto nivel de somnolencia, depresión y síntomas de agotamiento. ⁽¹⁶⁾

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conforme ha pasado el tiempo el médico residente ha cobrado importancia, dentro de la dinámica de salud debido a que es parte fundamental en la atención sanitaria y es imprescindible descartar que dentro de la dinámica de buscar una mejor salud hacia sus pacientes se descuidan aspectos de su persona que afecten su propia salud, acciones que afecten la calidad de vida profesional originando insatisfacción y comportamientos desajustados errores de desempeño.

Las alteraciones en la calidad de vida del personal de la salud, se ve relacionado con las extensas jornadas de trabajo, continuo contacto con la muerte, la enfermedad, sobrecarga de trabajo, privación del sueño, distanciamiento de los familiares, altos niveles de estrés, poco tiempo para realizar actividades fuera de la unidad hospitalaria.

Lo que resulta en síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades de diversa índole, así como agotamiento tanto físico como mental, depresión, ansiedad, incluso ideación suicida, lo que aumenta la mala atención al paciente, la cantidad de errores cometidos, enfermedades crónicas a temprana edad, aumento de adicciones, disfunción familiar, entre otras alteraciones.

Es por esto por lo que resulta de gran importancia, realizar estudios enfocados hacia la población médica, con el fin de identificar cual es la calidad de vida profesional del personal médico, para así detectar factores asociados a una mala calidad de vida y poder realizar acciones para modificarlos.

Sin dejar de lado los factores que permiten al médico tener una buena calidad de vida profesional y reforzarlos o implementarlos en aquellos carentes de los mismos, contando con todas las herramientas que necesita para cumplir adecuadamente con las funciones de su trabajo y tener un buen desempeño en la atención de los pacientes y desarrollo profesional, es por eso por lo que nos hacemos la siguiente ***pregunta de investigación:***

¿Cuál es la calidad de vida profesional de médicos en formación de la especialidad de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar N° 20 del IMSS?

V. OBJETIVOS

General:

Analizar la Calidad de Vida Profesional de médicos en formación de la especialidad de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 del IMSS.

Específicos:

- Describir los datos sociodemográficos de los médicos residentes
- Relacionar los datos sociodemográficos con los datos académicos
- Identificar el grado de apoyo directivo en los tres grados de la especialidad de medicina familiar de la UMF N°. 20.
- Describir el grado de carga de trabajo en los tres grados de la especialidad de medicina familiar de la UMF N°. 20.
- Describir los niveles de motivación intrínseca, en los tres grados de la especialidad de medicina familiar de la UMF N°.20.
- Relacionar los factores sociodemográficos con los factores de la Calidad de vida Profesional.
- Comparar la calidad de vida profesional en los tres grados de la especialidad de medicina familiar de la UMF N°. 20.

VI. HIPOTESIS

Hipótesis nula.

H^0 : No es buena la calidad de vida profesional del personal médico en formación (residentes), de la UMF N°. 20.

Hipótesis alterna.

H^1 : Es buena la calidad de vida profesional del personal médico en formación (residentes), de la UMF N°. 20.

VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN O UNIVERSO.

El estudio se realizó en el Personal médico en formación de la especialidad de medicina familiar perteneciente a la Unidad de medicina Familiar N°. 20 contando los tres grados escolares que abarca dicha residencia, en el ciclo lectivo 2020, contando con 20 residentes de primer año, 23 residentes de segundo año y 24 residentes de tercer año.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

La presente investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°. 20, ubicada en calzada Vallejo No. 675 Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alcaldía. Gustavo A. Madero CDMX.

Contando con 32 consultorios cada uno de ellos con un médico familiar y una asistente médica, en 2 turnos, matutino y vespertino en un horario 08:00 a 20:30 hr.

La clínica se constituye de Dirección, Administración, jefatura de trabajo social , jefatura de enseñanza e investigación, departamento de salud en el trabajo, archivo clínico, departamento de medicina preventiva, servicio de curaciones, servicio de radiología, laboratorio clínico, almacén, servicios básicos, comedor, departamento de mantenimiento, CEYE, módulos de trabajo social, aula, auditorios, consultorios de medicina familiar, consultorio EMI, consultorio de servicio dental, farmacia y módulo de información y orientación.

Siendo Unidad sede de la especialización de médicos en Medicina Familiar, albergando médicos pasantes, internos y de pregrado. Con subsedes en el HGZ 24 IMSS, HGP3A IMSS, con rotaciones en servicios de consulta externa y en urgencias.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO, PROCEDIMIENTO, PROCESAMIENTO DE DATOS Y ASPECTOS ESTADÍSTICOS.

Posterior a la aceptación de los comités de investigación y bioética, correspondientes, se solicitó autorización a las autoridades académicas, donde se calendarizó una sesión académica, con participación de los tres grados de médicos residentes, en el auditorio de la unidad, donde se les dio a conocer los objetivos de la investigación, así como el tratamiento de su información, se explicó de forma ardua las dudas que pudieran surgir, y cuando aceptaron la participación se proporcionó el consentimiento informado, sin hacer coacción alguna. posteriormente se entregó la encuesta de datos generales e instrumentos CVP-35, se revisó al final que los datos estuvieran completos, se dieron las gracias y al término de la actividad se procedió al análisis estadístico.

DISEÑO.

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: COMPARATIVO.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Médicos residentes de los tres grados pertenecientes a la especialidad de Medicina Familiar de la UMF N°. 20 durante el periodo 2020 – 2021.
- Ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal médico en formación que no deseen participar en el estudio.
- Personal médico en formación que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- Personal médico en formación que se nieguen a contestar el instrumento de evaluación.
- Personal médico en formación que no pertenezcan a la UMF N°. 20.
- Personal en formación de la especialidad de medicina familiar que estén realizando el servicio social durante su aplicación.
- Personal médico en formación que en la sesión académica se encuentre de licencia, incapacidad o convenio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Personal médico en formación que respondan incompleto el instrumento de evaluación.
- Personal médico en formación que dupliquen respuestas.
- Personal médico en formación que se nieguen a seguir participando posterior a contestar la encuesta

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Debido a que se busca abarcar el total de la población que se encuentre cursando la especialidad en el periodo 2020 – 2021, se tomará una muestra del estudio a conveniencia del investigador, siendo no probabilística, contando con un tamaño de la muestra: 67 aproximadamente que es el total de médicos en formación en la

UMF N°. 20 en el periodo 2020-2021; contando con 20 residentes de primer año, 23 residentes de segundo año y 24 residentes de tercer año a los cuales se les aplicara el instrumento.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE INDIRECTAS O INDEPENDIENTES.

SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil

Características académicas:

- Grado académico
- Horas que duerme a la semana

VARIABLES DIRECTAS O DEPENDIENTES.

- Calidad de Vida Profesional.
- Apoyo directivo.
- Carga de trabajo.
- Motivación intrínseca.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTE.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de medición
Calidad de Vida Profesional al	Sentimiento de bienestar que deriva del equilibrio entre las demandas de la profesión y los recursos de que dispone para afrontar estas demandas.	<p>Mediante el instrumento de calidad de vida profesional (CVP-35) que evalúa como:</p> <p>Nivel bueno de Calidad de Vida Profesional: 246 a 350.</p> <p>Nivel regular de Calidad de Vida Profesional: 140 a 245.</p> <p>Nivel malo de Calidad de Vida Profesional: 35 a 139.</p> <p>Y además considera las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimensión 1: Apoyo directivo - Dimensión 2: Carga de trabajo - Dimensión 3: Motivaciones intrínsecas -Dimensión 4: calidad de vida <p>Que a continuación de identifica su evaluación.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Nivel bueno de Calidad de Vida Profesional:</p> <p>Nivel regular de Calidad de Vida Profesional:</p> <p>Nivel malo de Calidad de Vida Profesional:.</p>

Apoyo directivo	Se refiere al respaldo emocional brindan directivos a las personas que trabajan en la institución.	al	Mediante los ítems del CVP-35: 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28,30 Se evaluaron como: Nada: 1-26 puntos; Algo: 27-64 puntos; Bastante: 65-103 puntos y Mucho: 104-130 puntos.	Cualitativa	Ordinal	Nada Algo Bastante Mucho
Carga de trabajo	Percepción del trabajador respecto a las demandas de su trabajo.	del	Mediante los ítems del CVP-35: 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 33. Se evaluaron como: Nada: 1-22 puntos; Algo: 23-55 puntos; Bastante: 56-88 puntos y Mucho: 89-110 puntos	Cualitativa	Ordinal	Nada Algo Bastante Mucho
Motivaciones intrínsecas	Describe la motivación personal debido a factores internos que determinan la necesidad y, por tanto, la conducta motivada, dirigida a la satisfacción profesional.	la	Mediante los ítems del CVP-35: 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32, 35. Se evaluaron como: Nada: 1-20 puntos; Algo: 21-50 puntos; Bastante: 51-80 puntos y Mucho: 81-100 puntos	Cualitativa	Ordinal	Nada Algo Bastante Mucho
Calidad de vida profesional al	Sentimiento de bienestar deriva del equilibrio entre las	de que del	Mediante el ítems del CVP-35: 34. Se evaluara como: Nada: 1-2;	Cualitativa	Ordinal	Nada Algo Bastante Mucho

demandas o Algo 3-5 puntos;
 cargas de la Bastante 6-8 y
 profesión y los Mucho 9-10 puntos
 recursos de que
 dispone para
 afrontar estas
 demandas.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de medición
Edad	La edad o edad biológica es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Lo sugerido por el sujeto de estudio	Cuantitativa	Discreta	Edad en números enteros 1=25 A 29 años 2= 30 a 34 años 3= 35 a 39 años 4= más 40 años
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Lo sugerido por el sujeto de estudio	Cualitativo	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Estado	Situación de las	Lo referido por el sujeto	Cualitativo	Nominal	1= Soltero

civil	personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	de estudio.	o	politomic	2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión Libre
Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Lo referido por el sujeto de estudio.	Cualitativ	Nominal o politomic a	1=Católico 2= Cristiano 3= Mormón 4= Testigo de Jehova 5= Creyente 6= Ninguna 7= Otra
Grado académico o	Lapso de tiempo que dura la culminación de una residencia	Lo referido por el sujeto de estudio.	Cualitativ	Ordinal	1= R1 MF 2=R2 MF 3= R3 MF

	médica. Que comprende de 1 a 6 años dependiendo de la especialidad de estudio.				
Horas que duerme a la semana	Las horas necesarias de sueño son aquellas que nos permiten estar bien durante el día, sin sentir somnolencia hasta la noche siguiente.	La sugerido por el sujeto de estudio	Cuantitativa	Discreta	En horas enteras a la semana. 1= 10 a 29 hrs/semana 2= 30 a 49 hrs/semana 3= 50 a 69 hrs/semana 4= más de 69 hrs/semana

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

La investigación se realizó en la Unidad De Medicina Familiar N°. 20 calzada Vallejo # 675, Magdalena De Las Salinas 07760. Gustavo A. Ciudad De México. En abril de 2021.

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador responsable, Dra. Danae Pérez López y del alumno el Dr. Javier Maravilla Minero, la cual se llevó a cabo en la UMF N°. 20 previo acuerdo con las autoridades de del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación.

Se procedió a gestionar en la sesión médica un día específico para recabar la información, se identificará al personal médico en formación (de acuerdo con los criterios de inclusión) en las instalaciones de la unidad.

Se aplicó el instrumento a los médicos seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia de este.

Se solicitó la firma de consentimiento informado, respetando en todo momento su confidencialidad, sin ninguna coacción de por medio y se invitó a formar parte de la investigación, posterior a la firma del consentimiento, se proporcionó un cuestionario de datos generales y el Instrumento de Calidad de Vida Profesional (CVP-35).

El tiempo para la resolución de la prueba fue de 7 minutos, en promedio.

Posterior a la recolección de las encuestas, se elaboró el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel y por medio del programa SPSS versión 24, se realizó la aplicación de la prueba estadística y se procedió a analizar los datos para su posterior conclusión.

INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (CVP-35)

El instrumento Calidad de Vida Profesional (CVP-35) proporciona información sobre la calidad de vida profesional (CVP) (conocimiento de la situación y de sus determinantes en cada momento),

El CVP-35, incluye 3 dominios: carga en el trabajo, apoyo directivo, motivación intrínseca, y 2 preguntas no asociadas a ninguno de aquellos: calidad de vida profesional percibida y desconexión al acabar la jornada laboral.

El cuestionario CVP-35 consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10).

Las preguntas se agrupan en las siguientes dimensiones: apoyo directivo (13 ítems), cargas de trabajo (11 ítems) y motivaciones intrínsecas (10 ítems), la pregunta referente a la calidad de vida no se agrupa bajo ninguna dimensión y consta de un ítem.

Los ítems que correspondientes a; Apoyo directivo son: 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28 y 30; Carga de trabajo: 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 33 y Motivación intrínseca: 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32, 35.

Coefficiente alfa de Cronbach global $\alpha=0.93$

La puntuación global de Calidad de Vida Profesional:

Nivel bueno de Calidad de Vida Profesional: 246 a 350.

Nivel regular de Calidad de Vida Profesional: 140 a 245.

Nivel malo de Calidad de Vida Profesional: 35 a 139.

Puntuación de cada dimensión:

Apoyo Directivo, ítems 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28 y 30; Nada: 1-26 puntos; Algo: 27-64 puntos; Bastante: 65-103 puntos y Mucho: 104-130 puntos.

Carga de trabajo, ítems 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 33; Nada: 1-22 puntos; Algo: 23-55 puntos; Bastante: 56-88 puntos y Mucho: 89-110 puntos.

Motivación intrínseca: 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32, 35; Nada: 1-20 puntos; Algo: 21-50 puntos; Bastante: 51-80 puntos y Mucho: 81-100 puntos.

Calidad de vida ítem, 34; Nada 1-2 puntos; Algo 3-5 puntos; Bastante 6-8 y Mucho 9-10 puntos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 24 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron para variables descriptivas, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza al 95%, además de distribución de las frecuencias y porcentajes. Se usó estadística no paramétrica para dos o más grupos con prueba estadística Kruskal-Wallis, significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

VIII. RESULTADOS

Se analizó a una muestra de 62 residentes de la Unidad de Medicina Familiar No.20 donde se observó una media de edad de 29.68 \pm 2.69 años con una Mínima de 25 años y máxima de 38 años, intervalo de edad de 25 a 29 años, representando el 54.8%, siendo femeninos 67.7% (n=42) y masculinos 32.3% (n=20), solteros el 71%, en unión libre 17.7%, casados 9.7% y divorciados el 1.6%. con respecto a la religión se encontró que son católicos 66.1% cristianos 6.5%, ninguna 16.1% y creyente 11.3%. Siendo 32.3% (n=20) del primer año, 32.3% (n=20) del segundo año y 35.5% (n=22) del tercer año. (Tabla 1, 2 y 3)

VARIABLE	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
EDAD	29.68	29.00	29	25	38	2.697

Variable	Datos	N=62	%
Edad	25-29 años	34	54.8
	30-34 años	24	38.7
	35-39 años	4	6.5
	40 y mas	0	0
Genero	Femenino	42	67.7
	Masculino	20	32.3
Estado civil	Soltero	44	71
	Casado	6	9.7
	Divorciado	1	1.6
	Viudo	0	0
	Unión libre	11	17.7
Religión	Católico	41	66.1
	Cristiano	4	6.5
	Mormón	0	0
	Testigo de Jehová	0	0
	Creyente	7	11.3
	Ninguna	10	16.1
	Otra	0	0

Tabla 3 Grado Académico		
Grado	N=62	%
R1	20	32.3
R2	20	32.3
R3	22	35.5

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS RESIDENTES.

Se encontró que la dimensión de Calidad de vida profesional global fue valorada como buena en un 37% (n=23), regular en un 62.9% (n=39) y malo 0%.

La dimensión Carga de trabajo, se evaluó como Nada en un 0%, Algo en un 37.1% (n=23), Bastante 58.1% (n=36) y Mucho en un 4.8% (n=3).

La dimensión Apoyo directivo, se valoró como Nada en un 0%, Algo en un 9.7% (n=6), Bastante 69.4% (n=43) y Mucho en un 21% (n=21).

La dimensión Motivación intrínseca se calificó como Nada en un 0%, Algo en un 0%, Bastante 40.3% (n=25) y Mucho en un 59.7% (n=37).

La dimensión Calidad de vida se valoró como Nada en un 1.6% (n=1), Algo en un 16.1% (n=10), Bastante 67.7% (n=42) y Mucho en un 14.5% (n=9). (Tabla 4)

Tabla 4 Calidad de vida profesional en residentes			
		N=62	%
Calidad vida profesional global	Bueno	23	37.1
	Regular	39	62.9
	Malo	0	0
Apoyo directivo	Nada	0	0
	Algo	6	9.7
	Bastante	43	69.4
	Mucho	13	21
Carga de trabajo	Nada	0	0
	Algo	23	37.1
	Bastante	36	58.1
	Mucho	3	4.8
Motivación intrínseca	Nada	0	0
	Algo	0	0
	Bastante	25	40.3
	Mucho	37	59.7
Calidad de vida	Nada	1	1.6
	Algo	10	16.1
	Bastante	42	67.7
	Mucho	9	14.5

CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LOS DATOS DEMOGRÁFICOS.

Se observa que la edad en el rango de 25 a 29 años en la dimensión de Calidad de vida evaluada como Buena es del 69.6% (n=16) y Regular 46.2% (n=18) con un valor de p del 0.055.

Con respecto al género se observa que las mujeres valorar a la dimensión Calidad de vida como buena en un 82.6% (n=19) y regular en un 59% (n=23) y los hombres valoraran a la Calidad de vida como buena en un 17.4% (n=4) y regular en un 41% (n=16) un valor de p del 0.048, obteniendo significancia estadística

En cuanto al estado civil se observa que los solteros valoraron a la dimensión Calidad de vida como buena en un 73.9% (n=7) y regular en un 69.2% (n=27), los casados valoraron a la dimensión Calidad de vida como buena en un 21.7% (n=5) y regular 2.6% (n=1), los divorciados valoraron a la calidad de vida como regular en un 2.6% (n=1) un valor de p 0.012, obteniendo significancia estadística

Con respecto a la religión se encontró que los católicos valoraron la dimensión Calidad de vida como buena en un 82.6% (n=19) y regular en un 56.4% (n=10), los cristianos valoraron a la dimensión calidad de vida como buena en un 8.7% (n=2) y regular en un 5.1% (n=2), los creyentes valoraron la dimensión Calidad de vida como buena en un 4.3% (n=1) y regular en un 15.4% (n=6) y ninguna valoraron a la dimensión Calidad de vida como buena en un 4.3% (n=1) y regular en un 14.3% (n=9). (Tabla 5)

Tabla 5 Calidad de vida relacionado con datos sociodemográficos						
Datos sociodemográficos	Valor	Calidad de vida				Valor de P
		Buena		Regular		
		N	%	N	%	
Edad	25-29 años	16	69.6	18	46.2	0.055
	30-34 años	7	30.4	17	43.6	
	35-39 años	0	0	4	10.3	
	40 y mas	0	0	0	0	
Genero	Femenino	19	82.6	23	59	0.048
	Masculino	4	17.4	16	41	
Estado civil	Soltero	17	73.9	27	69.2	0.012
	Casado	5	21.7	1	2.6	
	Divorciado	0	0	1	2.6	
	Viudo	0	0	0	0	
	Unión libre	1	4.3	10	25.6	
Religión	Católico	19	82.6	22	56.4	0.61
	Cristiano	2	8.7	2	5.1	
	Mormón	0	0	0	0	
	Testigo de Jehová	0	0	0	0	
	Creyente	1	4.3	6	15.4	
	Ninguna	1	4.3	9	14.3	
	Otra	0	0	0	0	

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL ENTRE LOS GRADOS ACADÉMICOS.

Utilizando la formula estadística de Kruskal Wallis se observa que los residentes de primer año tienen una media de 41.45, los residentes de segundo año tienen una media de 28.48 y los residentes de tercer año tiene una media de 25.20 con una p significativa del 0.009.

Calidad de vida profesional entre grados académicos				
	R1	R2	R3	P*
Media	41.45	28.48	25.20	0.009

**Prueba de Kruskal-Wallis*

IX. DISCUSIÓN.

La residencia medica es un proceso de formación en el cual los estudiantes deben encontrar el equilibrio entre los límites de su propia identidad personal y profesional agregado a la voluntad de aprender, cuidar, curar y manejar el estado de salud y los sentimientos de culpa e impotencia que generan el verse inmerso en el sistema medico de nuestro país el cual exige horarios que limitan el desarrollo de otras esferas de la vida del residente. ⁽³²⁾

Existiendo una serie de estímulos que incluyen el contacto frecuente con la evolución de la historia natural de la enfermedad del enfermo y sus emociones creando una transmisión que choca con las actividades curriculares, la demanda y expectativa de los pacientes hacia el servicio que brinda el residente el cual se siente vulnerable por estar en una etapa formativa. ⁽³³⁾

En este estudio se analizó la calidad de vida profesional de los médicos en formación de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS, resultando que la Calidad de vida profesional global fue valorada como buena en un 37% y regular en un 62.9%, la dimensión de Apoyo directivo se valoró como Bastante en un 69.4%, Mucho en un 21% y Algo en un 9.7%. La dimensión de la Carga de trabajo se valoró como Bastante en un 69.4%, Mucho en un 21% y Algo en un 9.7%. La dimensión Carga de trabajo se valoró en Bastante en un 58.1%, Algo en un 37.1% y Mucho en un 4.8%. la dimensión Motivación intrínseca se calificó como Mucho en un 59.7% y Bastante 40.3%. La dimensión Calidad de vida se valoró como Bastante en un 67.7%, Algo en un 16.1% y Mucho 14.5%.

Valorando que la edad en un rango de 25 a 29 años aumenta la puntuación para Calidad de vida que se considera buena en un 69.6% y regular en un 46.2%. siendo mejor puntuada la calidad de vida como buena por el género femenino en un 82.6%.

El estado civil soltero valora a la calidad de vida como Buena en un 73.9% y Regular en un 69.2%. así mismo se observa que entre mas avanzan los estudiantes en el transcurso de la residencia disminuye su percepción de una Calidad de Vida Buena. Teniendo que los Residentes de primer año tiene una media de 41.45, los Residentes de segundo año 28.48 y los Residentes de tercer año 25.20.

Messina y cols en un estudio realizado en una población de 1106 personas comparando a los estudiantes de medicina con población general en el periodo de 2005-2015, aplicando el cuestionario Shot Form 36 el cual valora la calidad de vida y las modificaciones metabólicas que tiene el entrevistado, compartiendo similitudes con los ítems sociodemográficos. Reportando una edad media de 19 ± 2.53 años, siendo 56.3% mujeres y 43.7% hombres siendo solteros el 79%.⁽³⁴⁾ Observándose que la calidad de vida percibida por los estudiantes de medicina es menor en comparación con población en general de la misma edad, las puntuaciones de mejor calidad de vida provienen de mujeres solteras. Debemos tomar en cuenta que la edad de nuestra población será mayor por el grado de estudios de la población estudiada, sin embargo, coincidimos en que nuestro grupo más joven fue el que percibió como Buena su calidad de vida aunado a que la mejor percepción proviene en su mayoría de mujeres solteras.

West y cols en un estudio realizado en el año 2008 en residentes de medicina interna de EE.UU, teniendo una muestra de 16 394 residentes, se evaluó la calidad de vida, los síntomas de agotamiento, el año de capacitación, el sexo, la ubicación de la escuela de medicina, la deuda educativa y la puntuación IM-ITE (equivalente a los exámenes departamentales).

Se valoro a 5123 (31.2%) residentes de primer año, 5996 (36.6%) de residentes de 2do año y a 5275 (32.2%) residentes de 3er año. Siendo 9139 (55.7%) hombres y 7160 (43.7%) mujeres. Siendo médicos de primer contacto 1397 (8.5%). La calidad de vida fue valorada con el instrumento LASA, la cual tiene 5

dimensiones, calificada como “tan mala como puede ser” o “algo mala” 14.8% (n=2402), teniendo la percepción de que existía un equilibrio en la vida personal y laboral en un 32.9%. Informando sentirse poco satisfechos con su desempeño en general en un 45.8%. La calidad de vida fue más alta para los residentes de 3er año. Los residentes de 1er y 2do año, las mujeres, los residentes de atención primaria tendieron a reportar insatisfacción entre el trabajo y la vida. Sin embargo, los síntomas de agotamiento y despersonalización crecían con al aumentar el grado académico ⁽³⁵⁾.

Con respecto a nuestro estudio nosotros reportamos más mujeres en un 82.6%, las cuales reportaban mejor calidad de vida mientras que en el estudio de West y cols. reportaron completamente lo contrario y a diferencia de ellos nosotros encontramos que los residentes de primer año tienen mejor percepción de su Calidad de vida profesional, la cual disminuye al aumentar de grado.

Este fenómeno pudiera entenderse por el momento temporal en el que se aplicó nuestro instrumento, ya que en esos momentos aún no presentaban ninguna prueba departamental, ni tenían tiempo complementario (guardias).

Un punto para destacar del trabajo de West es que los médicos de atención primaria tendían a reportar insatisfacción entre la vida y el trabajo, quizá por la demanda de tiempo por consulta para realizar un adecuado análisis físico, emocional y mental de los pacientes en la consulta de primer contacto.

X. CONCLUSIONES.

En este estudio se observó que la calidad de vida de los residentes en general se considera como buena, teniendo una mejor percepción entre más joven es el entrevistado, con mejor puntuación otorgada por las mujeres solteras y con menor grado académico. De acuerdo a estos resultados y teniendo como hipótesis alterna que: “Es buena la calidad de vida profesional del personal médico en formación (residentes), de la UMF N°. 20”, se acepta la hipótesis alterna.

Los médicos residentes consideran bastante carga de trabajo, que se compensa con bastante apoyo directivo, sin embargo, la calidad de vida profesional se encuentra “regular”, demostrando que, es necesario crear estrategias educativas que permitan aumentar la calidad de vida.

Los resultados demuestran que, las mujeres presentan mejor calidad de vida profesional, como lo menciona **Echevarri y cols** ⁽³⁶⁾, el género femenino presenta un rendimiento académico superior al género masculino, por las características cognitivas y de personalidad inherentes al mismo género. Cabe mencionar que, la plantilla de médicos residentes, en la mayoría son mujeres, por lo que valdría la pena realizar un estudio donde se encuentren equiparables los diferentes géneros, para realizar una comparación real entre los mismos.

Se toma en cuenta que, al momento de la aplicación del cuestionario, los médicos residentes de primer año aun no presentaban exámenes departamentales, ni practicas complementarias (guardias) y su contacto con los pacientes estaba limitado y mediado por el medico de consulta externa con el que se encontraban en adiestramiento, por lo que el nivel de responsabilidad, estudio y compromiso, con las actividades clínicas y complementarias, de los residentes aún no se encontraba en su máximo, lo que pudo haber influido en sus respuestas, en las dimensiones de carga de trabajo, motivación intrínseca y calidad de vida global.

XI. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con las valoraciones de la Calidad de vida con la finalidad de mejorar las posibilidades de desarrollo personal del Médico en formación, ya que estas adecuaciones podrían optimizar las condiciones generales de vida del personal médico, reduciendo el estrés y la percepción de fracaso y frustración que genera el postergar el desarrollo de los distintos ámbitos de la vida. El identificar de forma temprana una calidad de vida regular o baja, permitirá crear estrategias de mejora en educación, para favorecer el desempeño de los médicos residentes, como profesionales de la Salud y aumentar la empatía en las actividades inherentes a su actuar profesional, que llevara a cabo a lo largo de su vida profesional, de manera que su egreso sea efectivo en sus habilidades procedimentales, cognitivas y actitudinales, para su buena inclusión en la vida laboral.

Esta investigación se realizo en temporada pandémica, por lo que las actividades de los médicos residentes se ajustaron de acuerdo a la misma, se recomienda realizar una investigación en poblaciones más grandes, donde los médicos residentes se encuentren en actividades académicas de acuerdo al programa operativo, para determinar una calidad de vida real, con los programas propuestos.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Heinze GM, Olmedo CV, Bazán GM, et al. Los médicos especialistas en México. Gaceta Médica de México. 2018: 154; 342-51.
2. Varela CR, Reyes MH, Albavera AC, et al, La Medicina familiar en México: presente y futuro. Gaceta Médica de México. 2016: 152; 135-40.
3. Macías A, Gutiérrez C, Carmona F, Crespillo D. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. Atención Primaria 2016: 48 (5); 301-307.
4. Rodarte L, Araujo R, Trejo P, González J. Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería. Enferm Clin. 2016: 26 (6); 336-343.
5. Villarín A, Méndez T, Zuzuárregui M, Sánchez S, Conejo R. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. Rev de Calidad Asistencial. 2015; 30 (1):4-9.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de Residencias médicas. Consultado en el siguiente sitio web: <https://dof.gob.mx/> el día 17/05/2019
7. Ley Federal del Trabajo. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Nueva Ley Publicada En el Diario Oficial de la Federación El 1º de abril de 1970. Última Reforma Publicada DOF 30-11-2012. Consultado en el siguiente sitio web : <http://www.diputados.gob.mx>, consultado el día 12/05/2019
8. Zamudio J. La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas. Rev. Eviden Invest Clin. 2014: 4(1); 5-6.
9. Montiel A, Torres M, Herrera M, Ahumada O, Barragán R, Loría J. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. Educ Med. 2015: 16(2); 116-125.

10. Mascarúa E, Vázquez E, Córdova J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014;21(2);55-57
11. Rivera D, Rivera J y González C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Inv. Ed Med.* 2017; 6(21); 25-34.
12. Sarmiento J, Parra P. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado -*Pers.bioét.*2015;19 (2).
13. Vázquez L, González A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam* 2014; 21 (4);109-112
14. Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3); 443-51.
15. Segura O, Gómez M, Enciso C y Castaneda O. Agotamiento profesional (burnout) en médicos intensivistas: una visión de la unidad de cuidados intensivos desde la teoría fundamentada. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2016;16(3);126-135.
16. Mordant P, Deneuve S, Rivera C, Carrabin N, et al. Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe. *J Surg Educ.* 2014;71(2);222-8.
17. Secín D, Rodríguez W. Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado. *Med Int Méx.* 2016;32(1); 33-40.
18. Vergara J, Abello I, Salgado S, Becerra P. Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría en Colombia. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(3);350-355
19. Jácome S, Villaquiran A, García C, Duque I. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid.* 2019; 10(1); 1-13
20. Gozu A, Kern D y Wright S. Similarities and differences between international medical graduates and U.S. medical graduates at six Maryland

- community-based internal medicine residency training programs. *Acad Med.* 2014;84(3); 385-90.
21. Prieto S, Jiménez C, Cázares G, Vera M y Esparza R. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx.* 2015: 31; 669-679.
 22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Contrato colectivo de trabajo 2011-2013. Talleres gráficos de México. 2012; 400-406.
 23. Aguilera M, Ajpop F; Aqueche G, Bámaca E, Bolaños D & Estrada H. Niveles de Ansiedad de Médicos Residentes. *Rev. Guatem.* 2015;21.
 24. Ayala L, Fuentes M, Sánchez J, Rumayor M, Fernández C y Marco F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clin Esp.* 2014;214(4); 175-183.
 25. Rodríguez F y Ramírez J. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *.Medigraphic Acta Medica Grupo Ángeles.* 2016: 14(3).
 26. Villatoro J, Reséndiz E, Mujica A, Breton M, Cañas V. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco Reporte de tabaco. Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto nacional de salud pública, comisión nacional contra las adicciones, secretaria de salud. 2017
 27. Albergoa J, Fernández M, Zaifrani L, Giunta D y Albergo L. ¿Cómo afecta la privación de sueño durante una guardia de 24 horas las funciones cognitivas de los residentes de ortopedia y traumatología?. *Rev. Esp Cir Ortop Traumatol.* 2016;60(2); 113-118.
 28. Ramírez A., Rodríguez G, Ávila R, Romo S, Gil A, Islas R. Estilos de vida en médicos familiares mexicanos. *Red de Investigadores del Colegio Mexicano de Medicina Familiar.* 2015
 29. Arenson H, Turra L, Bortolozzo C, Fonseca T. Percepción de la Calidad de Vida entre Médicos Anestesiólogos y No Anestesiólogos. *Rev Bras Anestesiología.* 2012: 62(1); 48-55.

30. Fernández J. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria*. 2008;40(7); 327-36.
31. Grimaldo M, Reyes B. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Rev Latinoam Psicol*. 2015;47(1);50-57
32. Brent DA. La residencia como proceso de desarrollo. *J Med Educ*. 1981; 56 (5): 417-22.
33. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes [Health and quality of life of medical residents]. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):81-91.
34. Messina G, Quercioli C, Troiano G, Russo C, Barbini E, Nisticò F, Nante N. Italian medical students quality of life: years 2005-2015. *Ann Ig*. 2016;28(4):245-51
35. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011 Sep 7;306(9):952-60
36. Echavarrí MG. Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universitas psychologica*. 2007;6(2), 319-329.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1 REGISTRO DEL SIRELSIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404
U MED FAMILIAR NUN 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 28 de junio de 2021

Dr. Danae Perez Lopez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 DEL IMSS**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-026

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo urta muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 20.**

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 20 DEL IMSS.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas, conteste de la forma más verídicas posible. No existen respuestas buenas ni malas. La información recabada será usada de forma global, sin exponer en ningún momento su identidad.

FOLIO: _____

Marcar con una "X" y complete los datos solicitados según corresponda.

1.- ¿Cuál es su edad (números enteros)? _____ años.

1. () 25- 29 AÑOS 2. () 30 -34 AÑOS 3. () 34 A 39 AÑOS 4. () MÁS DE 40 AÑOS

2.- ¿Con que genero se identifica?

1. () FEMENINO 2. () MASCULINO

3.- ¿Cuál su estado civil actual?

1. () SOLTERO 2. () CASADO 3. () DIVORCIADO 4. () VIUDO 5. () UNIÓN LIBRE

4.- ¿Qué religión profesa?

1. () CATÓLICO 2. () CRISTIANO 3. () MORMÓN 4. () TESTIGO DE JEHOVA
5. () CREYENTE 6. () NINGUNA 7. () OTRA _____

5.- ¿Qué grado académico cursa actualmente en la especialidad?

1. () R1 2. () R2 3. () R3

Marque con una "X" la casilla con la cual situación con la que se sienta más identificado, de acuerdo a lo interrogado.

PREGUNTAS	NADA		ALGO			BASTANTE			MUCHO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										

9. Motivación (ganas de esforzarme)															
10. Apoyo de mis jefes															
11. Apoyo de mis compañeros															
12. Apoyo de mi familia															
13. Ganas de ser creativo															
14. Posibilidad de ser creativo															
15. Me desconecto al acabar la jornada laboral															
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo															
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo															
18. Falta de tiempo para mi vida personal															
19. Incomodidad física en el trabajo															
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito															
21. Carga de responsabilidad															
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto															
23. Tengo autonomía o libertad de decisión															
24. Interrupciones molestas															
25. Estrés (esfuerzo emocional)															
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo															
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual															
28. Variedad en mi trabajo															
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas															
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas															
31. Lo que tengo que hacer queda claro															
32. Me siento orgulloso de mi trabajo															
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud															
34. Calidad de vida de mi trabajo															
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)															

ANEXO 3.

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos), dirigido a los médicos residentes de la UMF No. 20</p>	
Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE MEDICOS EN FORMACION DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 del IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Mayo 2021
Número de registro institucional:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	En general, se hace poco énfasis en conocer e investigar sobre la calidad de vida de los profesionales de salud a pesar de que se sepa que el bienestar laboral de ellos también influye en la efectividad de su trabajo. Por lo tanto, si se quiere una atención en salud de calidad, y profesionales que estén dispuestos a dar lo mejor de sí mismos, la consideración sobre su propia calidad de vida debe jugar un papel esencial. Por lo que se evaluara la calidad de vida profesional del personal médico en formación (médicos residentes) de la Unidad de Medicina Familiar N°. 20
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario CVP 35, de forma individual, previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Tiempo aproximado de realización de 15 minutos. Se recabara información estadística que evalúa la calidad de vida profesional.
Posibles riesgos y molestias:	Posible riesgo psico-emocional a la resolución de la encuesta, por el análisis a la resolución de la misma, con mínimo impacto, sin ningún riesgo físico.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ofrecer información de la calidad de vida profesional de los médicos residentes, para en posteriores estudios poder ofrecer estrategias de apoyo al personal médico en formación con el fin de mejorar su calidad de vida profesional, además de en futuros proyectos aplicar esta información y buscar las estrategias para optimizar la calidad de vida profesional de los implicados.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se divulgará la información obtenida a través de cartel de investigación durante un tiempo determinado y asignado en las instalaciones de la UMF No. 20. Con la posibilidad de la divulgación formal a través de revistas científicas nacionales o congresos.
Participación o retiro:	El personal médico en formación tendrá plena libertad de decidir su participación de manera voluntaria o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin implicaciones o repercusiones académicas, personales o de alguna índole por el cual el participante se vea afectado.
Privacidad y confidencialidad:	Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. No se hará divulgación de ningún dato obtenido en la encuesta aplicada a los médicos residentes. Toda información utilizada será con fines estadísticos. La información recabada estará solo con acceso a los investigadores implicados en este. La información recabada en esta se recopilará y se almacenará aproximadamente 2 años posteriores a la aplicación, bajo el resguardo de los investigadores implicados.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	cepto participar en el estudio

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Danae Pérez López. Médico Familiar UMF N°. 20. Matrícula: 98351807. Tel. 55874422 Ext. 15368 Y 15320 E-mail: danaeperez@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Ricardo González Domínguez Médico Familiar Con Alta Especialidad En Gerontología Médica de la UMF N°.20, Matrícula: 99359238. Tel. 55874422 Ext. 15368 Y 15320 E-mail: rgdo_31@yahoo.com.mx Dr. Maravilla Minero Javier. Médico Residente de Medicina Familiar UMF N°. 20 Matrícula. 98356919. Tel. 55874422 ext. 15368 Y 15320. E-mail: xav1909@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma