



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 3**

**“CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN MÉDICOS
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN EL OOAD
DF NORTE”**

TESIS

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

PRESENTA:

DRA. ANDREA LUCIA MAYA RIVERA

TUTORA DE TESIS:

DRA. CARMEN LIZZETE JUÁREZ MONTOYA

ASESOR PRINCIPAL:

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

CIUDAD DE MÉXICO, 2023



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 EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR EN EL OOAD DF NORTE”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. ANDREA LUCIA MAYA RIVERA

REGISTRO EN SIRELCIS: R-2021-3404-095

AUTORIZACIONES:

DRA. CARMEN LIZETTE JUÁREZ MONTOYA

COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF 03 “LA JOYA” IMSS CDMX

DIRECTORA DE TESIS

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

PROFESOR TITULAR “A” TC DEFINITIVO SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR –

UNAM

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. MIGUEL ÁNGEL NUÑEZ CALVILLO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR UMF 03 “LA JOYA” IMSS CDMX

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DRA. DEYANIRA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No 3 “LA JOYA” IMSS CDMX

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

Gracias por nunca soltarme, por hacerme sentir acompañada y capaz en todo momento, a mi mamá Andrea Rivera Serrano quien a pesar de la distancia siempre fuiste y serás mi mayor motivación, sé que estuviste a mi lado en cada momento, a mi papá Luciano Maya Martínez por tu lealtad, amor y paciencia, por dejarme todos los días a pie de entrada de cada clínica y hospital para cuidarme y mantenerme segura, siempre con tu ternura y buen sentido del humor, eternamente agradecida.

A MIS ASESORES:

Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas

Agradezco genuinamente el apoyo, esfuerzo y dedicación que se ha puesto en este proyecto tan importante para mí. Valoro sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación los cuales han sido fundamentales para mi formación.

A MIS MAESTROS

Agradezco a mis profesores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro. Hoy que culmina esta etapa no me queda más que agradecer el haber tenido excelentes guías quienes me han encaminado a seguir creciendo como persona y médico.

Dra. Andrea Lucia Maya Rivera

ÍNDICE

1.- RESUMEN	
1.1 Summary	2
2.- INTRODUCCIÓN	3
3.- MARCO TEORICO	1
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5.- OBJETIVOS	15
5.1.- Objetivo General	15
5.2.- Objetivos Específicos.....	15
6.- HIPÓTESIS	16
7.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
7.1.- Universo de trabajo (Población, lugar y tiempo)	17
7.2.- Diseño de estudio	17
7.3.- Criterios de selección.....	18
7.3.1.- Inclusión:	18
7.3.2.- Exclusión:.....	18
7.4 - Técnica de muestreo.....	19
7.5.- Definición de Variables	20
7.6.- Descripción general del estudio	20
7.7.- Instrumento.	21
7.8 - Análisis estadístico.....	23
8. RESULTADOS.....	24
8.1 -Edad.....	24
8.2 – Sexo	24
8.3 - Estado civil	24
8.4 - Procedencia en la República Mexicana	24
8.5 Grado de residencia	25
8.6 Sede de residencia.....	26
8.7 Puntuación total de la escala CVP-35.....	27
8.8 Puntuaciones parciales según dimensiones del CVP-35 (tabla 8.3).....	27
8.8.1 Apoyo directivo	27
8.8.2 Carga de trabajo.....	27
8.8.3 Motivación Intrínseca	27

8.9 Confiabilidad de la escala CVP-35.....	28
8. 10 Comparación de promedios de puntuación total del CVP-35 según sexo.....	28
8.11 Comparación de promedios de puntuación total del CVP-35 según grado.....	28
8.12 Comparación de promedios de puntuación total del CVP-35 según sede académica.....	30
Comparación de promedios entre dimensiones del CVP-35 y las sedes académicas.....	32
Comparación entre la Puntuación total CVP-35 según la puntuación de las dimensiones evaluadas del CVP-35.....	32
9.- DISCUSIÓN.....	34
10.- CONCLUSIÓN.....	36
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	37
13. ANEXOS.....	42
13.1 REGISTRO DEL SIRELSIS.....	42
XI.- ANEXOS.....	42
Anexo I. Carta de consentimiento Informado.....	42
13.2. Carta de consentimiento informado.....	43
Anexo 3. Instrumento de medición:.....	45

“CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN EL OOAD DF NORTE”

Juárez-Montoya CL¹, Ponce-Rosas ED,² Núñez Calvillo MA,³ Maya-Rivera AL⁴

1. RESUMEN

Introducción: Durante la etapa de formación de los médicos residentes, se han encontrado niveles superiores de estrés en comparación con la población general. Esto generalmente se relaciona con varios factores dentro de los cuales se encuentran: largas jornadas hospitalarias, privación del sueño, quejas de familiares y pacientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto. Todos estos factores repercuten de forma directa en la calidad de vida de los médicos residentes haciéndolos susceptibles al desgaste profesional. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida profesional en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo comparativo y prospectivo; de acuerdo a los criterios de selección, a los médicos residentes participantes en el estudio se les aplicó el cuestionario CVP- 35 para determinar la percepción de la Calidad de Vida profesional. Se utilizó estadística descriptiva y comparativa con T de student y análisis de varianza ANOVA. **Resultados:** De los 223 residentes estudiados, 164 (73.5 %) fueron mujeres y 59 (26.5 %) fueron hombres. Se compararon los promedios de la puntuación total según sexo, $p=0.314$ utilizando la prueba t de Student, sin significancia estadística. Según grado de residencia, se encontró una diferencia significativa con una $p=0.003$ utilizando análisis de varianza (ANOVA), encontrando el primer año con mayor afectación. De acuerdo a la sede académica, $p= 0.590$ (ANOVA), no existe significancia estadística. Al comparar los promedios de puntuación total según las dimensiones del CVP-35, se encontró una significancia estadística en relación con el apoyo directivo utilizando análisis de varianza (ANOVA de un factor) se obtuvo una $p= 0.001$, por tanto, es la dimensión mayormente afectada. **Conclusión:** La calidad de vida profesional se afecta en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte. **Palabras Clave:** Calidad de vida profesional, médicos residentes, Medicina Familiar.

“QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE IN FAMILY MEDICINE RESIDENT PHYSICIANS IN THE NORTH OOAD DF”

Juárez-Montoya CL1, Ponce-Rosas ED, 2 Núñez Calvillo MA, 3 Maya-Rivera AL4

1.1 SUMMARY

Introduction: During the training stage of medical residents, higher levels of stress have been found compared to the general population. This is generally related to several factors, among which are: long hospital hours, sleep deprivation, complaints from family members and patients, informal learning, less stimulating academic environments, and a high degree of competitiveness. All these factors have a direct impact on the quality of life of medical residents, making them susceptible to professional burnout. **Objective:** To determine the quality of professional life in family medicine residents in the OOAD DF Norte. **Material and methods:** A cross-sectional, descriptive, comparative and prospective study was carried out; According to the selection criteria, the CVP-35 questionnaire was applied to the resident physicians participating in the study to determine the perception of professional Quality of Life. Descriptive and comparative statistics with student's t test and ANOVA analysis of variance were used. **Results:** Of the 223 residents studied, 164 (73.5%) were women and 59 (26.5%) were men. The means of the total score according to sex were compared, $p=0.314$ using the Student's t test, without statistical significance. According to degree of residence, a significant difference was found with a $p=0.003$ using analysis of variance (ANOVA), finding the first year with the greatest condition. According to the academic headquarters, $p= 0.590$ (ANOVA), there is no statistical significance. When comparing the total score averages according to the dimensions of the CVP-35, a statistical significance was found in relation to managerial support using analysis of variance (ANOVA of one factor), a $p= 0.001$ was obtained, therefore, it is the dimension with the greatest affected. **Conclusion:** The quality of professional life is affected in family medicine residents in the OOAD DF Norte. **Keywords:** Quality of professional life, medical residents, Family Medicine.

2.- INTRODUCCIÓN

Existen factores relacionados al trabajo que son importantes para conseguir bienestar psicológico y salud mental entre los que destacan: las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo, la oportunidad de controlar, la adecuación entre las exigencias del cargo y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, la remuneración y la seguridad física.

A pesar de que las diferencias individuales son un componente importante en el mundo académico y laboral; es importante contemplar y evaluar la calidad de vida profesional de los médicos residentes desde una perspectiva objetiva e integral.

A través de este estudio se pretendió determinar la percepción de la calidad de vida de los médicos residentes debido a que de esta forma se pueden implementar medidas que reduzcan el stress laboral, académico y profesional; lo cual puede repercutir de manera positiva en el desempeño general de los médicos en periodo de formación.

El conocimiento obtenido de este estudio podría servir para encontrar áreas de mejora en el proceso de formación académica de los médicos residentes, ayudando también a tener una salud mental y laboral adecuadas permitiendo un mejor rendimiento y desempeño en la actividad profesional.

A nivel Institucional será beneficioso para identificar que sedes cuentan con mejor Calidad de Vida Profesional (CVP) en el proceso de formación en los médicos residentes de las distintas Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el OOAD del D.F. Norte y así encontrar ventanas de oportunidad para los docentes y médicos especialistas en formación.

Una vez identificando las posibles áreas de mejora y trabajar en ellas, socialmente podría tener un impacto positivo sobre la atención médica hacia los pacientes, disminuyendo errores en las prescripciones médicas, mejorando la relación médico-paciente y la calidad de atención.

3.- MARCO TEORICO

El concepto Calidad de Vida es considerado un constructo subjetivo, multidimensional y de compleja significación. En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso definirla como «Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e interés. ⁽¹⁾

La Calidad de Vida Profesional (CVP) hace referencia al sentimiento de bienestar percibido por el individuo, que deriva del equilibrio entre las demandas o cargas propias de su profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas. Así, un trabajador necesita conseguir un desarrollo óptimo en su esfera profesional, personal y familiar para poder percibir como buena su CVP. ⁽¹⁾

Desde esta perspectiva, algunos autores (García-Sánchez, 1993; García & González, 1995) plantean que la calidad de vida profesional constituye la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que se dispone para afrontar esas demandas. Según Cabezas (1998), la calidad de vida profesional se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la calidad de vida profesional agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el quehacer profesional (Calderón et al., 2008). ⁽²⁾

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida profesional, no todos los autores coinciden en considerar los mismos factores (Fernández, Santa & Casado, 2007); sin embargo la mayoría concuerda en organizar sus indicadores en tres grandes grupos. Los cuales son la carga en el trabajo que incluyen cantidad de trabajo, prisas

y agobios, junto con la carga de responsabilidad o demandas en el trabajo; la motivación intrínseca, que va de la mano con la satisfacción profesional, el tipo de trabajo que se realiza, si existe apoyo familiar y creatividad y por último el apoyo directivo, el cual se refiere a la satisfacción de salario, el reconocimiento del esfuerzo, la autonomía o libertad para decidir. ⁽²⁾

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, define al médico residente como un profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo ⁽³⁾. La residencia médica es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. ⁽³⁾

La residencia es una etapa formativa en la que se consolidan los conocimientos adquiridos para aplicarlos en la práctica diaria y alcanzar las competencias de un buen médico especialista. Sin embargo, presenta dificultades que deben ser afrontadas: ambiente laboral exigente, presión asistencial, responsabilidad creciente, numerosas horas de guardia o relaciones complicadas con pacientes o familiares. ⁽⁴⁾

Durante el desarrollo de su residencia médica se han encontrado niveles superiores de estrés en el residente en comparación con la población general. Este estrés está relacionado con factores como largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto. ⁽⁵⁾

Existe una alta preocupación por la calidad de vida de los médicos residentes. En México hay normas que establecen condiciones laborales adecuadas al desempeño, beneficio y seguridad de los médicos especialistas en formación, quienes tienen una doble exigencia, la académica y la laboral, y requieren durante el período de adiestramiento de la adaptación a diferentes situaciones estresantes a nivel profesional y personal. Las diferencias individuales son un componente importante en el mundo académico y laboral, por eso es necesario contemplar esta problemática a través de una perspectiva integral que considere un ajuste dinámico entre la persona, el puesto y la propia organización. Las personas buscan satisfacer sus necesidades biológicas, de seguridad, de relación social, de autoestima y de autorrealización. ⁽⁶⁾

Algunos estudios que han demostrado que existen factores relacionados al trabajo que son importantes para conseguir bienestar psicológico y salud mental entre los que destacan: las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo, la oportunidad de controlar, la adecuación entre las exigencias del cargo y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, la remuneración y la seguridad física. ⁽⁶⁾

Los entornos de atención médica conllevan sustanciales demandas a los médicos que sufren fatiga debido a dificultades condiciones de trabajo, como privación del sueño, falta de recursos necesarios y escaso apoyo. Estos factores conducen a la irritabilidad y las amenazas para la salud que podrían alterar su calidad de vida. ⁽⁷⁾

A pesar de que las diferencias individuales son un componente importante en el mundo académico y laboral; es importante contemplar y evaluar la calidad de vida profesional de los médicos residentes desde una perspectiva objetiva e integral. ⁽⁷⁾

Aunque es bien sabido que la carrera médica es inherentemente estresante los residentes de estrés se acentúa la experiencia durante su formación debido a las largas jornadas por la compleja interacción de las dificultades para equilibrar el tiempo invertido en actividades personales y familiares, vivir con ingresos

relativamente bajos. Varios estudios han identificado actores que constituyen factores estresantes durante la formación de residencia. Estas incluyen; alta carga de trabajo de los pacientes, mal ambiente de trabajo, alojamiento y falta de servicios recreativos dentro del ambiente hospitalario, endeudamiento, la cantidad de tiempo dedicado en formación, falta de apoyo social, problemas de reubicación, y cuestiones relacionadas con el género. ⁽⁸⁾

Sin embargo, el estrés no siempre tiene una connotación negativa. Éste, tal y como lo definió Hans Selye, es una respuesta específica y «normal» del organismo a una demanda del ambiente externo. En otras palabras, es una respuesta a cualquier situación física, biológica o psicosocial que el sujeto deba afrontar, de tal forma que el estrés no es el estímulo sino la reacción a éste. Por lo tanto, el estímulo estresante puede generar una respuesta positiva (eustress) o una negativa (distress). Esta última depende de la capacidad del individuo para encontrar los recursos necesarios para hacer frente a una situación de emergencia. Cuando esta capacidad es rebasada puede desencadenar patología psicósomática y/o agotamiento funcional. El estrés producido por el trabajo puede ser definido como respuestas físicas y emocionales dañinas, que aparecen cuando las características del trabajo, no corresponden a la capacidad, recursos y necesidades de los trabajadores. Cuando el estrés laboral es crónico, favorece el decremento de la salud, ejerciendo un efecto desencadenante de síntomas de enfermedad y desgaste. Diversos estudios han mostrado que puede ser origen de diversas patologías físicas, mentales, depresión o Burnout. ⁽⁹⁾

Existen pruebas del desarrollo de desgaste profesional o burnout en los residentes, el cual puede estar asociado con depresión y esta, a su vez, con dificultades en la relación con los pacientes; sin embargo, no hay evidencias que identifiquen qué factores demográficos o de personalidad predisponen a los médicos residentes a desarrollar Burnout y qué les puede afectar directamente en su calidad de vida.⁽¹⁰⁾

El agotamiento emocional refleja la dimensión del estrés por agotamiento y abarca sentimientos de desesperanza, soledad, depresión, ira, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, disminución de la empatía, una sensación de falta de energía y

preocupación. Esto dificulta el desempeño, y que trabajar con otras personas a menudo sea desagradable y no deseado. Además de bajo rendimiento profesional o baja satisfacción laboral. ⁽¹¹⁾

De estas manifestaciones, resultan de importancia la depresión y la ansiedad, ya que son meritorias de tratamiento si forman parte de un trastorno mental, independientemente de que sean desencadenadas por situaciones de estrés grave en su ambiente de formación. Por definición, estos trastornos mentales causan malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. También se ha reportado que estos trastornos producen errores en las prescripciones médicas y deseos de abandonar la residencia. ⁽¹²⁾

Dentro de las medidas que tienen que tomar para prevenir los errores médicos, como son: 1. La reflexión y el análisis. 2. La formación. 3. La mejora de la organización asistencial. 4. La mejora de la gestión del tiempo y el descanso. 5. La aceptación de la comisión de errores. Lo cual puede indicar que entre mejor sea la calidad de vida del médico residente será mejor su desempeño. ⁽¹³⁾

A lo largo de los años se han llevado a cabo diversos estudios en personal de salud para determinar factores psicosociales, estrés, burnout y algunas condiciones intra y extra laborales asociadas, varios de estos estudios han demostrado tener un impacto directo sobre la calidad de vida de sus trabajadores en el área de la salud y en la formación académica de los médicos residentes. ⁽¹⁴⁾

Diversas investigaciones que han evaluado la Calidad de Vida Profesional en los profesionales de la salud, se han llevado a cabo a través del cuestionario CVP-35, el cual fue construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control), ha sido validado en entornos diferentes en el sistema de salud. Se ha evaluado su validez de constructo y su fiabilidad, así como su aceptable relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional. Además, ha sido ampliamente utilizado para evaluar la CVP para identificar áreas de mejora de la organización en los trabajadores sanitarios. La escala de Calidad de Vida

Profesional (CVP-35) de Cabezas (1998). El objetivo del instrumento es identificar los niveles de calidad de vida profesional en profesionales de la salud. Las dimensiones que evalúa son: cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. ⁽¹⁵⁾

- Apoyo directivo: se refiere al soporte emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan en la institución. Se consideran los siguientes aspectos: la posibilidad de expresar lo que se siente y necesita, la satisfacción con el sueldo, el reconocimiento del esfuerzo, la oportunidad de ser promocionado, el apoyo de los jefes o adjuntos y compañeros. Asimismo, se incluye la recepción de la información de los resultados del trabajo, la autonomía o libertad de decisión, la variedad de trabajo y la posibilidad de ser creativo, entre otros aspectos. ⁽¹⁵⁾

- Cargas o demandas en el trabajo: se considera la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo, que incluyen los indicadores de: la cantidad de trabajo, las prisas y agobios, presión que se recibe por la cantidad de trabajo o para mantener la calidad. De la misma manera, los conflictos con otras personas del trabajo, la falta de tiempo para la vida personal, la incomodidad física en el trabajo, la carga de responsabilidad y las interrupciones molestas, entre otros aspectos. ⁽¹⁶⁾

- Motivación intrínseca: motivación personal, debida a factores internos que determinan la necesidad y, por tanto, la conducta motivada dirigida a la satisfacción profesional. Aquí se consideran: el tipo de trabajo que realiza, la motivación que experimenta, la exigencia de capacitación, el apoyo familiar y las ganas de ser creativo. De la misma manera, la capacitación que recibe y el apoyo del equipo. ⁽¹⁶⁾

Está dirigido a personal de salud y es una prueba de lápiz y papel, de 35 preguntas, que se responden en una escala del uno al diez, a las 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). ⁽¹⁷⁾

La dimensión denominada Cargas en el Trabajo hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. Es valorada por once

ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. La dimensión de Motivación Intrínseca se orienta a establecer los factores de este tipo de motivación y es evaluada a partir de diez ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La dimensión Apoyo Directivo es valorada por doce ítems y hace referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, los cuales son los siguientes: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35. ⁽¹⁷⁾

La administración del presente instrumento puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente quince minutos. Es fácil de aplicar y consigue índices de respuesta aceptables, basados en un marco conceptual establecido y con un comportamiento estable en diferentes medios. Cuenta con validez de constructo y confiabilidad, tanto en su país de origen como en estudios realizados en otros países (Fernández, Santa & Casado, 2007; Fernández, et al., 2007b; Martín et al, 2004; Sánchez, et al, 2003) ⁽¹⁸⁾.

Se caracteriza por ser un instrumento auto-administrado que realiza una medida multidimensional de la Calidad de Vida Profesional y cuyo valor alfa de Cronbach es de 0,84. ⁽¹⁸⁾

Dentro de las investigaciones relacionadas al tema, se mencionan las siguientes:

Se han hallado puntajes más altos de calidad de vida relacionada con la salud en asociación con un mayor ingreso económico (Tavallaii, Einollahi, Farahani & Namdari, 2009). Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano (Lugones, 2002). ⁽¹⁹⁾

Sánchez et al. (2003) investigaron acerca de la calidad de vida profesional de 419 trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). Se encontró un nivel medio de CVP entre los trabajadores, aunque la valoración es más baja entre los médicos. Se percibe una excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización. El grupo con una mejor percepción de su calidad de vida en el trabajo es el de auxiliares de clínica. No se observaron diferencias significativas en

función al sexo, la edad, el turno de trabajo, la antigüedad laboral y la situación laboral. ⁽¹⁹⁾

Martín, et al. (2004), estudiaron las características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en una muestra aleatoria de 450 profesionales estratificados en tres grupos: I (médicos, farmacéuticos y psicólogos), II (enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales) y III (auxiliares administrativos y de enfermería y celadores). Se les envió el cuestionario autoaplicativo, con reenvío al cabo de un mes. Se encontraron tres factores que explicaban el 39.6% de la varianza, por lo que no se seleccionaron más componentes. La consistencia interna fue aceptable. Se concluyó que el instrumento mantenía sus propiedades psicométricas en entornos diferentes y puede ser propuesto como elemento de medida y comparación de la calidad de vida profesional en atención primaria. ⁽²⁰⁾

Respecto al sexo, algunos autores (Cabezas, Rubio, & Alexander, 2001; Jörgarden, Wettergen & Von Essen, 2006) reportaron una mejor calidad de vida en los varones en comparación con las mujeres ⁽²¹⁾.

Fernández et al. (2007) estudiaron la percepción de la calidad de vida profesional de 109 médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). Se encontró que los residentes de medicina de familia se encontraban más motivados y estaban más satisfechos con el sueldo que el resto de sus compañeros. Los residentes de primer año tenían menos conflictos en su trabajo y recibían más apoyo por parte de sus compañeros. Sin embargo, en términos generales, los residentes percibían una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Asimismo, tenían una motivación intrínseca media para afrontar una carga laboral. ⁽²²⁾

En México, Arias Amaral y cols. (2008), realizaron una investigación sobre calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel; encuestaron a aquellos

que ingresaron al primer año del curso de especialidad médico-quirúrgica en el Hospital General de Occidente de Guadalajara entre Marzo 2004 y Marzo de 2005. La calidad de vida se valoró mediante la aplicación del cuestionario en español, Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) que puede ser aplicado a personas sin enfermedades crónicas, en tres momentos: al ingreso, a los seis meses y al año de ingreso a la especialidad. La mayoría de los residentes informó buena calidad de vida al inicio del estudio (93%), que disminuyó en la segunda medición (63%) y volvió a aumentar en la tercera medición (76%), pero sin llegar a los valores de base. Las muestras se sometieron al análisis estadístico mediante la t de Student para muestras pareadas, en todas las escalas de la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud se encontró un valor de p con alta relevancia estadística entre la primera y la segunda medición. Los autores concluyen que la calidad de vida relacionada con la salud de los médicos residentes sufre un descenso en los primeros seis meses, con recuperación a los 12 meses, pero sin retornar a los valores de base. ⁽²³⁾

También en México, Prieto-Miranda et al (2009), realizó un estudio titulado “Medición de la calidad de vida en médicos residentes”, ya que se dieron cuenta que durante los estudios de especialidad el médico residente afronta niveles de estrés superiores a la población general afectándolo profesional y personalmente, por lo que cuestionaron por qué los estudios de residencia modifican la calidad de vida de los médicos residentes que los cursan. Diseñaron un estudio descriptivo, comparativo, entre Febrero de 2006 y Febrero de 2007, en el que se aplicó el módulo central del cuestionario PECVEC a dos grupos de residentes del Hospital General Regional No. 46 “Lázaro Cárdenas” del Instituto Mexicano del Seguro Social: un grupo de residentes que iniciaba su especialidad y un año después, y a otro grupo que ya tenía más de un año realizando estudios de especialidad. Por tanto, el muestreo fue por conveniencia, incluyendo residentes tanto de especialidades médicas como quirúrgicas que aceptaron participar, incluyendo siete especialidades en total (ginecología, pediatría, cirugía, medicina interna, urgencias,

anestesiología y medicina del trabajo). Los datos se capturaron en el programa SPSS v. 15. Se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas, t de Student para comparar la calidad de vida entre residentes y especialidad cursada. La calidad de vida se clasificó como “muy buena de 3.1 a 4 puntos”, “buena de 2.1 a 3 puntos”, “regular de 1.1 a 2 puntos” y “mala entre 0 y 1 punto” obtenidos en el cuestionario aplicado. Entre sus resultados informaron que en el primer grupo se incluyeron 54 residentes, sólo 45 residentes completaron las encuestas al ingreso y un año después, y se excluyó a 9 por no completar la segunda evaluación; el segundo grupo incluyó a 62 residentes de segundo y tercer año que tenían más de un año realizando estudios de especialidad. Se encontró que después de un año de especialidad en las seis escalas evaluadas se presentó un descenso de la calidad de vida, cayendo de “muy buena: 3.18” a “buena: 2.73” con una $p < 0.001$; sin embargo, al compararlos con el grupo de segundo y tercer año, en estos últimos ya no hubo descenso en su calidad de vida. Los parámetros más afectados fueron función física y estado de ánimo negativo; de acuerdo con el género se afectaron en la misma proporción, y la especialidad más afectada fue Urgencias Médicas. En conclusión, encontraron que durante los estudios de residencia disminuye la calidad de vida de los médicos residentes sólo durante el primer año, aunque se mantiene en rangos aceptables. ⁽²⁴⁾

Álvarez et al. (2010) estudiaron la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes de un hospital pediátrico en el estado de Sonora, México; observaron que la totalidad de participantes presentó en algún grado el Síndrome de Burnout. De ellos, 26 (44.8%) lo presentaron en grado medio, mientras que los individuos con grado alto y bajo tuvieron la misma prevalencia (27.5%). En general, al comparar la mediana de las puntuaciones del MBI, se observaron diferencias significativas ($P < 0.005$). Al examinar la prevalencia del SB de acuerdo al año de residencia médica, ésta fue significativamente diferente ($\chi^2 = 15.2$, $P < 0.005$) entre los distintos grupos de residentes. Además, al interior de los grupos se pudo observar que en los de primer año ($n = 14$) el grado de SB fue alto en 28.5% de ellos, en tanto que en los de segundo año ($n = 17$) fue en 21.4%, en los de tercero ($n = 13$) en 53.8% y en los de especialidades pediátricas ($n = 14$) en 14.2%. En cuanto

al grado medio, los residentes de especialidades fueron los de mayor prevalencia (57.1%), y finalmente en el grado bajo, los residentes de segundo año tuvieron la prevalencia más elevada (47%). Finalmente, al examinar las diferentes dimensiones del SB se observó que el desgaste emocional alto fue más frecuente (78.5%) entre los residentes de primer año, aunque 69.2% de los médicos de tercer año y 64.2% de los de especialidades médicas también estuvieron en esta categoría. ⁽²⁵⁾

Velásquez et al. (2013) evaluaron los cambios en el estado de salud emocional en médicos residentes de nuevo ingreso a los cursos de posgrado clínico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de la Ciudad de México. Al analizar la sintomatología depresiva, encontraron que el porcentaje de médicos residentes sin depresión al inicio era del 97.7%, que disminuyó en las subsecuentes aplicaciones de forma significativa. Sin embargo, a los seis meses de su ingreso se presentaron casos de depresión leve, moderada y grave que en un inicio no existían, lo cual también fue estadísticamente significativo; mientras que al año de ingreso el mayor porcentaje de médicos se encontraba nuevamente sin depresión (84.4%) o con depresión leve (15.6%). En relación al agotamiento emocional, observaron claramente cómo los médicos, conforme pasan los seis primeros meses, se agotan de forma significativa, y este agotamiento continúa al año, pero con un aumento en niveles altos ($p = 0.0031$). ⁽²⁶⁾

Prieto-Miranda et al (2013), realizaron otro estudio en el mismo Hospital General Regional No. 46 “Lázaro Cárdenas” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México llamado “Desgaste Profesional y Calidad de Vida en Médicos Residentes”, cuyo objetivo fue medir la calidad de vida y la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes. Este fue un estudio descriptivo y longitudinal en el que se incluyeron residentes que iniciaron su primer año de posgrado en Marzo de 2010. Se les aplicó, a su ingreso, a los 6 y 12 meses, la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida validado al español y el Inventario de Burnout de Maslach, específico para médicos. Para las variables nominales se utilizó X² y para variables numéricas ANOVA. Los resultados informaron que se incluyeron 45 residentes de edad promedio entre 26.9 ± 2.93 ; 18

fueron del sexo femenino (40%) y 27 del masculino (60%). En la encuesta PECVEC se encontró un descenso significativo en cuatro de las seis escalas valoradas en las tres mediciones realizadas. En el cuestionario de Burnout se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en las tres pruebas, bajo grado de despersonalización y logros personales al ingreso, elevándolos a los 6 y 12 meses. La especialidad más afectada fue medicina interna. Los autores concluyen que hay presencia de Burnout y deterioro de calidad de vida en médicos residentes que estudian posgrado y se mantiene durante el primer año de residencia. ⁽²⁷⁾

Mascarúa et al. (2014) estudiaron la ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina familiar del estado de Puebla, México. Observaron que 41.03% de los residentes presentaron algún grado de ansiedad, siendo la ansiedad leve la más frecuente y sólo se reportó un caso de ansiedad severa. Por su parte, 45 residentes (80.3%) no presentaron algún grado de depresión; se registró depresión leve en los 11 restantes (19.7%). En cuanto a su estado civil, 54.5% fue soltero; llama la atención que los residentes en unión libre no presentaron depresión. El resultado fue una χ^2 de 1.05 con una p de 0.59, por lo que no se encontró diferencia estadísticamente significativa. En el segundo año de residencia se observó el mayor número de residentes con depresión (5; 45.4%), con una χ^2 de 1.61 y una p de 0.447, sin diferencia estadísticamente significativa. ⁽²⁸⁾

Vergara et al. (2015) estudiaron la percepción de la calidad de vida en médicos residentes de neurología pediátrica en Colombia utilizando como herramienta el cuestionario CVP 35, encontrando que en el apartado “La cantidad de trabajo que tengo” el 76% está distribuido en los valores 8, 9 y 10; en “Satisfacción con el tipo de trabajo”, 68% está distribuido en los valores 7 y 10; en “Satisfacción con el sueño”, 64% está ubicado en los valores 4, 5 y 6; en “Calidad de vida percibida” 24% tuvo un puntaje de 5 y 44% se encuentra en 6, 7 y 8; en “Estrés”, 52% puntuó 6, 7 y 8, y 24% en 9 y 10. ⁽²⁹⁾

Coria et al. (2018) realizaron un estudio acerca del Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar en una unidad de medicina familiar en Michoacán, México. Contaron con la participación de 69 médicos en formación, de los cuales

30 (43.5%) fueron hombres y 39 (56.5%) mujeres. predominaron 38(55.1%) de 25 a 29 años; 34(49.3%) solteros seguido de 26(37.7%) casados. 24 (34.8%) de primer año, 23(33.3%) de segundo y 22(31.9%) de tercero. Se detectó SB en 5 (7.2%) residentes en la primera medición y en la segunda medición aumentó dicha frecuencia a 14 (20.3%). En la primera medición predominó el SB alto en 3 (4.3%), de los cuales dos residentes fueron del primer año y un residente del segundo año, de la misma manera en la segunda medición predominó el SB alto, pero con una frecuencia de 7 (10.1%), correspondiendo a dos residentes del primer año, cuatro residentes del segundo año y un residente del tercer año. De acuerdo al Inventario de Burnout de Maslach, en la primera medición: 3 (4.3%) presentaron agotamiento emocional alto, 3 (4.3%) cursaron con despersonalización alta y 2 (2.9%) tuvieron realización personal baja. Con respecto a las variables sociodemográficas en relación al SB en la primera medición predominó en el sexo masculino, en 3 hombres (4.3%), en 3 médicos de 25 a 29 años (4.3%), en 4 solteros con un (5.8%) y en 3 médicos que cursaban el segundo año de la residencia de Medicina Familiar con un (4.3%). En la segunda medición con respecto al género predominó en el sexo femenino, en 9 mujeres (13.04%), en 10 médicos de 30 a 40 años con un (14.49%), en 10 solteros con un (14.49%) y en 6 residentes del segundo año de medicina familiar con (8.7%). ⁽³⁰⁾

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios han demostrado que durante la residencia médica se presentan altos niveles de desgaste físico, emocional y laboral, relacionado al poco apoyo familiar, a largas jornadas hospitalarias, privación del sueño, incertidumbre del futuro, entre otros. Haciendo que los profesionales de la salud se sientan drenados emocionalmente, se comportan con desafección e indiferencia hacia los demás y tienen un bajo aprecio por el propio desempeño laboral. En personas altamente motivadas por su trabajo, como los residentes y médicos en general, el Burnout puede coexistir inicialmente con la empatía, la satisfacción personal, el cuidado y preocupación por los demás. Sin embargo, el hecho de estar expuesto a un estrés crónico e inescapable, asociado a un trabajo extenuante suele terminar con estos atributos. Afectando directamente el sentimiento de bienestar percibido por el individuo, disminuyendo a su vez su Calidad de Vida Profesional, lo cual conlleva un alto riesgo no solo para la salud de los residentes sino también para el cuidado de sus pacientes, debido al aumento de los errores médicos asociados.

Resulta un problema importante el desconocimiento de las consecuencias que tiene una baja Calidad de Vida Profesional en los médicos residentes y el impacto negativo frente a la calidad formativa de la especialidad.

Se realizó una amplia búsqueda de información en las distintas plataformas de revisión como: pubmed, sciencedirect, medigraphic, revistas del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre otras, sin embargo, los estudios encontrados fueron escasos y espaciados entre años de realización, lo cual refleja la poca relevancia que se le da a este tipo de problemática. Por lo tanto, se buscó generar nuevos conocimientos, con el fin de detectar las deficiencias académicas, individuales, relacionadas a la docencia y práctica médica, las cuales pudieran repercutir directamente sobre la Calidad de Vida Profesional de los médicos.

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida profesional en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar el nivel de Calidad de Vida Profesional (CVP) según el grado de residencia médica y género de los médicos.
- Identificar en que dimensiones del instrumento de la Calidad de Vida Profesional (CVP) los médicos presentan mejores evaluaciones
- Comparar el nivel de Calidad de Vida Profesional (CVP) en las diferentes Unidades de Medicina Familiar a nivel de la OOA DF Norte

6.- HIPÓTESIS

Considerando el contexto histórico de las investigaciones anteriormente mencionadas se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

H0: La calidad de vida profesional no se afecta en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte

H1: La calidad de vida profesional se afecta en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1.- UNIVERSO DE TRABAJO (POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO)

El presente estudio se realizó en ciclo académico 2021-2022 con la participación de los médicos residentes de los tres grados de las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación Norte de la Ciudad de México, se contemplarán 9 sedes distintas (UMF 33, UMF 94, UMF 20, UMF 13, UMF 41, UMF 3, UMF 5, UMF 17, UMF 35), se obtuvo una población total de 223 médicos participantes a través de la aplicación del instrumento de Calidad de Vida Profesional CVP-35 con previo consentimiento informado.

7.2.- DISEÑO DE ESTUDIO

De tipo: observacional, de corte transversal, descriptivo, comparativo y por la forma de captación de la información retrospectivo.

7.3.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.3.1.- INCLUSIÓN:

- Alumnos del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS adscritos a la delegación CDMX Norte (UMF 33, UMF 94, UMF 20, UMF 13, UMF 41, UMF 3, UMF 5, UMF 17, UMF 35), que acepten participar en el estudio.
- Alumnos del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS adscritos a la delegación CDMX Norte (UMF 33, UMF 94, UMF 20, UMF 13, UMF 41, UMF 3, UMF 5, UMF 17, UMF 35), que se encuentren vigentes en la Unidad sede durante la realización del estudio.
- Médicos Residentes de Medicina Familiar que ingresaron a la especialidad por el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

7.3.2.- EXCLUSIÓN:

- Médicos residentes que se encuentren de vacaciones, en trámites de baja, o de incapacidad.
- Médicos residentes que se encuentren en actividades de rotación de campo.

7.4 - TÉCNICA DE MUESTREO

Tipo de recolección: Tipo no aleatorio por casos consecutivos.

- 1) El proyecto fue sometido a autorización por el **SIRELCIS, por el Comité Local de Investigación y el Comité de ética en Investigación**
- 2) Con el proyecto autorizado por las autoridades correspondientes se procedió a:
 - Solicitar el correo electrónico de cada uno de los residentes, para establecer un medio de comunicación.
 - Se enviará una invitación para participar de manera voluntaria.
 - A los médicos que desearon participar se les dió un plazo de 2 semanas para responder el cuestionario, pasado éste tiempo se envió una segunda invitación, finalmente pasadas las 4 semanas, si no hubo respuesta por el médico residente se dió por terminado el periodo de recepción de respuestas.
 - Con los cuestionarios obtenidos se creó una base de datos, se almacenó la información para su procesamiento y análisis estadístico.

7.5.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes						
Calidad de vida profesional	Sentimiento de bienestar percibido por el individuo [1]	Nada Algo Bastante Mucho	Cualitativa	Ordinal Policotómica	Nada 1-2 Algo 3-5 Bastante 6-8 Mucho 9-10	Cuestionario CVP35
Variables independientes						
Variable (Índice/Indicador)	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo Metodológico	Escala de Medición	Unidad de Medición	Fuente
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales o plantas [30].	Hombre (1) Mujer (2)	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Masculino 2.Femenino	Instrumento de recolección de datos
Año de residencia	Año de residencia que se encuentra cursando el médico residente entrevistado	Primer año (1) Segundo año (2) Tercer año (3)	Cualitativa	Ordinal	1.Primer año .2Segundo año 3.Tercer año	Instrumento de recolección de datos
Sede de residencia	Unidad de medicina familiar a la que pertenece el médico residente entrevistado	UMF 3 (1) UMF 5 (2) UMF 13 (3) UMF 17 (4) UMF 20 (5) UMF 33 (6) UMF 35 (7) UMF 41 (8) UMF 94 (9)	Cualitativa	Nominal policotómica	1. UMF 3 2. UMF 5 3. UMF 13 4. UMF 17 5. UMF 20 6. UMF 33 7. UMF 35 8. UMF 41 9. UMF 94	Instrumento de recolección de datos
Covariables						
Edad	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana [28]	Años cumplidos	Cuantitativa	Nominal	Años cumplidos	Instrumento de recolección de datos
Foráneo	Residente que procede de otro estado de la república Mexicana	Si (1) No (2)	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Si 2.No	Instrumento de recolección de datos
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones provenientes del matrimonio [31].	Soltero (1) Casado (2) Viudo (3)	Cualitativa	Nominal	1.Soltero (a) 2.Casado (a) 3.Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5.Unión libre	Instrumento de recolección de datos

7.6.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó estudio de tipo transversal, descriptivo comparativo y retrospectivo; de acuerdo a los criterios de selección, a los médicos residentes participantes en el estudio se les aplicó el cuestionario CVP- 35 para determinar la percepción de la calidad de vida profesional (CVP) de los médicos residentes. Con los cuestionarios obtenidos se creó una base de datos, se almacenó la información para su procesamiento y análisis estadístico en el programa SPSS versión 25, en la cual se realizó análisis descriptivo y comparativo utilizando T de student y análisis de varianza (ANOVA).

7.7.- INSTRUMENTO.

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional.

Consta de 35 preguntas designadas en tres dimensiones:

1) **Apoyo directivo**, valorada mediante 12 ítems, que engloban las siguientes cuestiones: “Satisfacción con el tipo de trabajo”, “Satisfacción con el sueldo”, “Posibilidad de promoción”, “Reconocimiento de mi esfuerzo”, “Apoyo de mis jefes”, “Apoyo de mis compañeros”, “Posibilidad de ser creativo”, “Recibo información de los resultados de mi trabajo”, “Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito”, “La universidad trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto”, “Tengo autonomía”, “Variedad en mi trabajo” y “Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas”.⁽³⁵⁾

2) **Carga de trabajo**, por medio de 12 ítems, que abarcan las siguientes premisas: “Cantidad de trabajo que tengo”, “Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo”, “Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo”, “Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo”, “Conflictos con otras personas de mi trabajo”, “Falta de tiempo para mi vida personal”, “Incomodidad física en el trabajo”,

“Carga de responsabilidad”, “Interrupciones molestas”, Estrés (esfuerzo emocional)” y “Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud”.

3) **Motivación intrínseca**, que presenta 10 ítems, que comprenden los siguientes enunciados: “Motivación (ganas de esforzarme)”, “Apoyo de mi familia”, “Ganas de ser creativo”, “Desconecto al terminar la jornada laboral”, “Capacitación necesaria para hacer mi trabajo”, “Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual”, “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas”, “Lo que tengo que hacer queda claro”, “Me siento orgulloso de mi trabajo” y “Apoyo de los compañeros”.

Finalmente, una pregunta global: “Calidad de vida de mi trabajo”. Con lo que evaluará a los médicos residentes al responder todas las preguntas en una **escala de 1 a 10**, a las 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).

7.8 - ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se llevó a cabo utilizando el programa SPSS versión 25. Se utilizaron variables descriptivas, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y máximo), estimación de promedios, porcentajes y frecuencias. Se realizó análisis descriptivo y comparativo con t de student y análisis de varianza (ANOVA de un factor), con una significancia estadística de $p=0.05$.

8. RESULTADOS

8.1 -EDAD

Se obtuvo información de 223 residentes. El promedio de edad de la muestra de estudio fue de 29.36 ± 3.651 d.e, el menor tuvo 24 años y el mayor 43.

8.2 – SEXO

De los residentes estudiados, 164 (73.5 %) fueron mujeres y 59 (26.5 %) fueron hombres.

8.3 - ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil el más frecuente fue el de soltero con 81.2 %; los demás estados civiles se muestran en la tabla 8.1:

Tabla 8.1 Estado civil de los residentes estudiados

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	181	81.2
Casado	37	16.6
Divorciado	5	2.2
Total	223	100.0

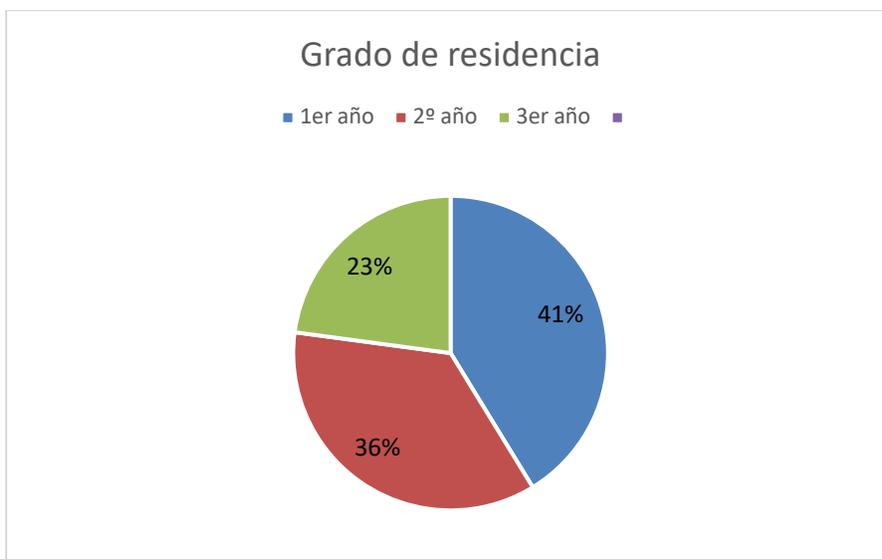
8.4 - PROCEDENCIA EN LA REPÚBLICA MEXICANA

De los residentes estudiados, la mayor parte fueron originarios de la Ciudad de México con 74,4 % y el 25,6 % foráneos.

8.5 GRADO DE RESIDENCIA

En la figura 8.1 se muestran los porcentajes de residentes según grado de residencia.

Figura 8.1 Porcentaje de residentes según grado de residencia



8.6 SEDE DE RESIDENCIA

Por lo que se refiere a la sede de residencia la más frecuente fue la UMF 20 con el 25.1%, los demás porcentajes de muestran en la tabla 8.2:

Tabla 8.2 Sede de residencia

Sede académica	Frecuencia	Porcentaje
UMF 3	25	11.2
UMF 5	9	4.0
UMF 13	25	11.2
UMF 17	15	6.7
UMF 20	56	25.1
UMF 33	40	17.9
UMF 35	9	4.0
UMF 41	13	5.8
UMF 94	31	13.9
Total	223	100.0

8.7 PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA CVP-35

El promedio de la puntuación total de la escala CVP-35 fue $86,97 \pm 9.569$ d.e, la puntuación menor fue 65 y la mayor 119.

8.8 PUNTUACIONES PARCIALES SEGÚN DIMENSIONES DEL CVP-35 (TABLA 8.3)

8.8.1 APOYO DIRECTIVO

El promedio de la puntuación parcial relacionada con el apoyo directivo del CVP-35 fue 32.38 ± 4.218 d.e; la puntuación menor fue de 22 y la mayor 46.

8.8.2 CARGA DE TRABAJO

El promedio de la puntuación parcial relacionada con la carga de trabajo del CVP-35 fue 27.53 ± 3.394 d.e; la puntuación menor fue de 19 y la mayor 39.

8.8.3 MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

El promedio de la puntuación parcial relacionada con la carga de trabajo del CVP-35 fue 27.06 ± 3.609 d.e; la puntuación menor fue de 17 y la mayor 37.

Tabla 8.3 Puntuaciones de acuerdo las dimensiones de CVP-35

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Puntuación total apoyo directivo	223	22	46	32.38	4.218
Puntuación total carga de trabajo	223	19	39	27.53	3.394

Puntuación total	223	17	37	27.06	3.609
motivación intrínseca					
N válido (por lista)	223				

8.9 CONFIABILIDAD DE LA ESCALA CVP-35

La confiabilidad obtenida de la escala CVP-35 fue de: alfa de Cronbach = 0.792 considerándose muy buena.

8. 10 COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE PUNTUACIÓN TOTAL DEL CVP-35 SEGÚN SEXO

Se compararon los promedios de la puntuación total según sexo, el promedio de las mujeres fue de 86.59 ± 9.144 d.e con una mínima de 66 y máxima de 113 y de los hombres de 88.05 ± 10.673 d.e con una mínima de 65 y máxima de 119; no se encontraron diferencias significativas en la comparación de estos promedios con una $p=0.314$ utilizando la prueba t de Student.

8.11 COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE PUNTUACIÓN TOTAL DEL CVP-35 SEGÚN GRADO

En la comparación de promedios de puntuación total según grado de residencia, se encontró una diferencia significativa entre los grupos con una $p=0.003$ utilizando análisis de varianza (ANOVA de un factor). En el análisis de contrastes de los subconjuntos mediante el procedimiento de Scheffe, el segundo y tercer año se ubicaron en el subconjunto 1 con una media de 84.38 y 86.82 respectivamente; entre ambos grados mencionados no hubo diferencias significativas y si las hubo con el primer año comparado contra cualquiera de los dos (segundo y tercero) con una media de 89.32. Por otra parte, en el segundo subconjunto, se encuentra el

tercer y primer año, no difieren entre sí, pero ambos difieren del segundo año. Como se observa en la tabla 8.4 y 8.5:

Tabla 8.4 Puntuación total CVP-35 según grado de residencia con ANOVA

ANOVA					
Puntuación total CVP-35					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1045.818	2	522.909	5.966	.003
Dentro de grupos	19282.020	220	87.646		
Total	20327.839	222			

Tabla 8.5 Puntuación total CVP-35 según grado de residencia

Puntuación total CVP-35			
Scheffe ^{a,b}			
Grado de residencia	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Segundo año	80	84.38	
Tercer año	51	86.82	86.82
Primer año	92		89.32
Sig.		.305	.293
Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.			

- | |
|---|
| a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 69.804. |
| b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados. |

8.12 COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE PUNTUACIÓN TOTAL DEL CVP-35 SEGÚN SEDE ACADÉMICA

Al comparar los promedios de puntuación total del CVP-35 según sede académica, todas las UMF quedaron en un mismo grupo, con una $p= 0.590$ utilizando análisis de varianza (ANOVA), encontrando que no existe significancia estadística, como se muestra en la tabla 8.6 y 8.7:

Tabla 8.6 Puntuación total CVP-35 según sede académica con ANOVA

ANOVA					
Puntuación total CVP-35					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	601.437	8	75.180	.816	.590
Dentro de grupos	19726.402	214	92.179		
Total	20327.839	222			

Tabla 8.7 Puntuación total CVP-35 según sede académica

Puntuación total CVP-35		
Scheffe ^{a,b}		
Sede de residencia	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
UMF 5	9	83.78
UMF 94	31	84.19
UMF 13	25	85.76
UMF 41	13	85.85
UMF 35	9	86.67
UMF 20	56	87.73
UMF 17	15	88.07
UMF 3	25	88.52
UMF 33	40	88.60
Sig.		.974
Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.		
a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 17.277.		

b. Los tamaños de grupo no son iguales.
Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

COMPARACIÓN DE PROMEDIOS ENTRE DIMENSIONES DEL CVP-35 Y LAS SEDES ACADÉMICAS.

Comparando los promedios de acuerdo a las dimensiones del CVP-35 y las sedes académicas, las unidades de medicina familiar que cuentan con mayor puntaje son la UMF 17 con un promedio de 32.73 ± 4.369 d.e según la dimensión de apoyo directivo, 28.25 ± 3.248 d.e según la carga de trabajo y 26.65 ± 3.971 según la motivación intrínseca con una puntuación total de 88.6. La segunda sede con mayor puntaje es la UMF 3 con un promedio de 32.16 ± 4.732 d.e en la dimensión de apoyo directivo, 28.16 ± 3.793 d.e en la carga de trabajo y 28.2 ± 4.301 en la motivación intrínseca con una puntuación total de 88.52. La tercera sede con mayor puntaje es la UMF 17, con un promedio de 32.73 ± 4.480 d.e en la dimensión de apoyo directivo, 27.93 ± 2.915 d.e en la carga de trabajo y 27.40 ± 3.832 en la motivación intrínseca con una puntuación total de 88.07.

COMPARACIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL CVP-35 SEGÚN LA PUNTUACIÓN DE LAS DIMENSIONES EVALUADAS DEL CVP-35.

En la comparación de promedios de puntuación total según la puntuación total apoyo directivo, la puntuación total de carga de trabajo y la puntuación total de

motivación intrínseca, se encontró una significancia estadística en relación con el apoyo directivo utilizando análisis de varianza (ANOVA de un factor) se obtuvo una $p= 0.001$, como se muestra en la tabla 8.8

Tabla 8.8 Puntuación total CVP-35 según puntuación total de apoyo directivo.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación total apoyo directivo	Entre grupos	352.284	2	176.142	10.769	.001
	Dentro de grupos	3598.317	220	16.356		
	Total	3950.601	222			

9.- DISCUSIÓN

La residencia médica es un periodo de formación académica en la cual el médico aspira alcanzar el grado de especialista en determinada área, esta etapa de formación lleva consigo misma diferentes directrices que pudieran llegar a impactar en la calidad de vida profesional del médico residente, como largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, deprivación de sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto.⁽⁵⁾

Existen diferentes normas como La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. En las cuales se establecen las condiciones óptimas para desempeñarse laboral y académicamente con seguridad, bienestar, salud y una adecuada calidad de vida. Dichas condiciones no siempre son las adecuadas ni se llevan a cabo, y generan una gran preocupación por la calidad de vida de los médicos residentes.

Por tal motivo se llevó a cabo éste estudio, participando un total de 223 médicos residentes de medicina familiar de primero, segundo y tercer grado, de diferentes unidades de medicina familiar, como son la: UMF 3, UMF 5, UMF 13, UMF17, UMF 20, UMF 33, UMF 35 UMF 41 y la UMF 94, se aplicó el instrumento CPV-35 el cual evalúa la Calidad de Vida Profesional, valorando tres dimensiones, el apoyo directivo, la carga de trabajo y la motivación intrínseca, de los 223 residentes

estudiados, 164 (73.5 %) fueron mujeres y 59 (26.5 %) fueron hombres. Se compararon los promedios de la puntuación total según sexo, el promedio de las mujeres fue de 86.59 ± 9.144 d. y de los hombres de 88.05 ± 10.673 d.e; con una $p=0.314$ utilizando la prueba t de Student, por ello no hay una significancia estadística entre el género. En la comparación de promedios de puntuación total según grado de residencia, se encontró una diferencia significativa entre los grupos con una $p=0.003$ utilizando análisis de varianza (ANOVA de un factor). Al comparar los promedios de puntuación total del CVP-35 según sede académica, todas las UMF quedaron en un mismo grupo, con una $p= 0.590$ utilizando análisis de varianza (ANOVA), encontrando que no existe significancia estadística. Comparando promedios de puntuación total según las dimensiones del CVP-35, se encontró una significancia estadística en relación con el apoyo directivo utilizando análisis de varianza (ANOVA de un factor) se obtuvo una $p= 0.001$, por tanto, es la dimensión mayormente afectada.

A lo largo de los años se han llevado a cabo diferentes estudios, los cuales de igual forma han tenido como propósito valorar la calidad de vida profesional en el personal médico, particularmente en el periodo de residencia médica, en estos estudios se encontraron resultados similares, por ejemplo, el estudio realizado por Sánchez et al. En el año 2003, investigaron acerca de la calidad de vida profesional de 419 trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). Se encontró un nivel medio de CVP entre los trabajadores, aunque la valoración fue más baja entre los médicos. Se percibió una excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados, y al igual que en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas en función al sexo y la edad. ⁽⁵⁾

Otro estudio fue el de West y cols 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 y la deuda educativa La calidad de vida fue valorada con el instrumento LASA, el 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.

Y el estudio de Prieto-Miranda et al (2013), donde realizaron un estudio en el Hospital General Regional No. 46 “Lázaro Cárdenas” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México llamado “Desgaste Profesional y Calidad de Vida en Médicos Residentes” cuyo objetivo fue medir la calidad de vida y la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes. Los autores concluyeron que hay presencia de Burnout y deterioro de calidad de vida en médicos residentes que estudian posgrado y se mantiene durante el primer año de residencia. ⁽²⁷⁾

Por consiguiente, entre el estudio presentado y los antes mencionado se presentan similitudes en los cuales se percibe una afección sobre la calidad de vida profesional de los médicos residentes, lo cual en la mayoría de los casos se asocia a altos niveles de desgaste físico, emocional y laboral, relacionado al poco apoyo familiar, a largas jornadas hospitalarias, privación del sueño, incertidumbre del futuro, entre otros.

A pesar de que las diferencias individuales el conocimiento obtenido de este estudio podría servir para encontrar áreas de mejora en el proceso de formación académica de los médicos residentes, ayudando también a tener una salud mental y laboral adecuadas permitiendo un mejor rendimiento y desempeño en la actividad profesional.

10.- CONCLUSIÓN

En la población estudiada de médicos residentes de medicina familiar se observaron puntajes altos del instrumento CVP-35, por ende hay impacto en la calidad de vida profesional de los mismos, se encontraron hallazgos en relación al grado de residencia, entre el segundo y tercer año con el primer año, encontrando el primer año con mayor puntuación de acuerdo al CVP-35, es decir el año con mayor afección, también en la comparación de las tres dimensiones del CVP-35 se mostró una significancia estadística con el apoyo directivo, en consecuencia es el área mayormente afectada. No se encontraron diferencias

significativas en relación al sexo, ni de acuerdo a la sede de residencia, encontrando la UMF 33 con mayor puntaje y la UMF 94 con el menor. De acuerdo a estos resultados y teniendo como hipótesis alterna que:” La calidad de vida profesional se afecta en médicos residentes de medicina familiar en el OOAD DF Norte”, se acepta la hipótesis alterna.

Se concluye que la calidad de vida profesional es un componente importante en el mundo académico y laboral, con ello para futuras generaciones se pueden implementar medidas que reduzcan el estrés, con la finalidad de obtener un adecuado bienestar laboral, académico y profesional; lo cual puede repercutir de manera positiva en el desempeño general de los médicos en periodo de formación.

11. RECOMENDACIONES

Se sugiere continuar con diversas valoraciones de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de medicina familiar, para que exista una mejora de la misma, bajo condiciones óptimas, respetando la normatividad de los derechos correspondientes de los médicos, reduciendo el estrés y la carga de trabajo, incentivando la motivación y reforzando el apoyo directivo, además de reforzar estrategias de educación y salud, con la finalidad de formar especialistas capaces de desempeñar un adecuado actuar profesional. Además de identificar de forma temprana una calidad de vida afectada o mala, para prevenir posibles complicaciones o alteraciones biopsicosociales.

12.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Moya P, Caro J, Monsalves M. Percepción de la calidad de vida profesional de docentes de Odontología. Rev Educ Cienc Salud. 2017; 14 (2): 96-104.
- 2.- Martín J, Cortés J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionarios de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004; 18 (2): 129-136.

3.- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. 2013.

4.- Ovejas A, Izquierdo F, Rodríguez M, Rodríguez J, García M, Alonso M, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. 2020; 52 (9): 608-616.

5.- Prieto S, Rodríguez G, Jiménez C, Guerrero L. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51 (5): 574-579.

6.- Rivera D, Rivera J, 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.

7.- El-Shafei D, Abdelsalam A, Hammam R, Elgohary H. Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians. Environ Sci Pollut Res. 2018; 25: 9040-9050.

8.- Ogundipe O, Olagunju A, Lasebikan V, Coker A. Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. Asian Journal of Psychiatry. 2014: 1-6.

9.- Palacios M, Paz M. Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. Med Segur Trab. 2014; 60 (235): 322-334.

10.- Da Cruz P, Chaves M, De Moura C, Pires D, Fonseca N, Firmino H. Factors associated with burnout síndrome in medical residents of a university hospital. Rev Assoc Med Bras. 2017; 63 (6): 504-511.

11.- Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral J, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout síndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2018; 13 (11): 1-17.

12.- Jiménez J, Arenas J, Angeles U. Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53 (1): 1-8.

13.- Saura J. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de medicina de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia España. *Arch Med Fam.* 2019; 21 (2): 69-82.

14.-Lugones B M(2002) . Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200200040013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15.- Martín Fernández J et al. Measurement of the Evaluative Capacity of the Qpl-35 (Cvp-35) Questionnaire for Perceiving Quality of Professional Life, original article, Elsevier, 2018, doi258.977

16.- Rosas J, Covarrubias S, Villalobos J, Muñoz D, Bazúa R. Association between Burnout Syndrome and medical training by specialty in first-year residents. *Salud Mental.* 2020; 43 (5): 227-233.

17.- Martín J, Cortés J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionarios de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit.* 2004; 18 (2): 129-136.

18.- Vergara, Jean Paul, Abello, Ignacio, Salgado, Sergio, & Becerra, Paola. (2015). Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, Retrieved June 06, 2021, 31(3), 350-355.

19.-Sánchez, R., Álvarez, R. & Lorenzo, S. (2003) . Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del área 10 de Madrid. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 13(4), 291-296.

20.-Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. & Rodríguez A . (2004). Características métricas del cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP 35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 139-136.

21.-Jörgarden, A.,Wettergen, L., & Von Essen, L. (2006). Measuring health related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender and method of administration. *Health and quality of life outcomes*, 4, 91. Doi: 10.1186/1477-7525-4-91

22.-Fernández, O., Moreno, S., Hidalgo, C.,García Del Río, B. & Tapia, A. (2007). Calidad de Vida profesional de los médicos residentes. *Archivos de Medicina*, 3,1

23.- Arias Amaral, J., Vargas Flores, A., Hernández Mejías, R., Ramos Ponce, M. y Velasco Rodríguez, J. (2008). Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Medicina Interna de México*, 24 (1), 16-21.

24.- Prieto-Miranda, Sergio Emilio, W. López-Benítez, C.A. Jiménez-Bernardino. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *EDUC MED* 2009; 12 (3): 169-177.

25.-Álvarez G, Medécigo S, Ibarra C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010; 67: 44-51.

26.-Velásquez L, Colin R, González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gac Med Mex*. 2013; 149: 183-195.

27.- Prieto-Miranda, Sergio Emilio. Rodríguez-Gallardo, Gisela Bethsabé. Jiménez-Bernardino, Carlos Alberto. Guerrero-Quinteroc, Laura Guadalupe. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51(5):574 9.

- 28.-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.
- 29.-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.
- 30.-Coria H, García F, Gómez C, Chacón P. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2018; 20 (3): 103-110.
- 31.- Martín J, Cortés J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionarios de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit.* 2004; 18 (2): 129-136.
- 32.- Bitran M, González M, Nitsche P, Zúñiga D, Riquelme A. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de RESIDENTES (LACRE). *Rev Med Chile.* 2017; 145: 1330-1335.
- 33.- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: ***Diccionario de la lengua española***, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [01/08/2021].
- 34.- Derecho civil, Valencia Zea, Tomo I Parte general y personas, 17^a Ed, Temis, Colombia, 2011, pág. 78-98
35. Monsalve Mera, Ñique Carbajal et al, Calidad de vida profesional de docentes de la Facultad de Medicina de una universidad de Lambayeque (Perú), *Universidad Medica Colombia* , V. 61, No. 4, Octubre-Diciembre 2020, ISSN 0041-9095

13. ANEXOS

13.1 REGISTRO DEL SIRELSIS

XI.- ANEXOS.

ANEXO I. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN EL OOAD DF NORTE
Lugar y fecha:	CIUDAD DE MEXICO, DELEGACIÓN NORTE, 2021-2022
Número de registro institucional:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Analizar la calidad de vida Profesional en los médicos residentes de Medicina Familiar en el OOAD DF Norte, para encontrar áreas de mejora en el proceso de formación académica de los médicos residentes, ayudando también a tener una salud mental y laboral adecuadas permitiendo un mejor rendimiento y desempeño en la actividad profesional.
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario CVP 35 para determinar la percepción de la calidad de vida de los médicos residentes.
Posibles riesgos y molestias:	Durante el estudio puede presentar sensibilidad, alteraciones emocionales como: estrés, angustia, ansiedad, tristeza
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Proporcionar información sobre su salud mental, física, social que aporte conocimiento acerca de su Calidad de Vida Profesional para identificar áreas de mejora académicas y personales en la residencia médica de la especialidad de medicina familiar. No obtendrá ningún beneficio económico, trato privilegiado, ni cambios en rotaciones académicas o en mi periodo vacacional.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si el participante está interesado en recibir información sobre los resultados del estudio, se le podrá proporcionar al término de la investigación.
Participación o retiro:	El participante podrá retirarse en el momento en que lo juzgue conveniente, sin que esto afecte su periodo de formación en el curso de especialización en Medicina Familiar.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos del participante serán tratados de manera confidencial y con la máxima privacidad por parte del investigador responsable y sus colaboradores, quienes aseguran su resguardo y no divulgación en caso de publicación o presentación de los resultados que deriven del mismo.

Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio

- No autorizo que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. Carmen Lizzete Juárez Montoya. Matrícula 98351897. Coordinador clínico de educación e investigación en salud. Teléfono 5512930834. Correo electrónico lizys2017@gmail.com
Colaboradores:	Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, Matrícula: Coordinación de Investigación, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM, Teléfono: 15-62-37-27-7, EXT 81084, Correo electrónico: ipr@unam.mx Dr. Miguel Ángel Núñez Calvillo, Matrícula: 98155630, Profesor titular, Teléfono: 55-73-95-89-54, Correo electrónico: dr.miguelnc82@gmail.com Dra. Andrea Lucia Maya Rivera, Matrícula: 97369665, Médico Residente de Medicina Familiar, Teléfono: 55-11-31-13-26, Correo electrónico: lucia.mayar7@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



ANEXO 3. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

A continuación, se presenta un cuestionario de respuesta breve, por favor conteste de manera clara y con letra legible.

Folio: _____

Sección A. Datos sociodemográficos:

1.- Edad: _____ años

2.- Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

3.- Año de residencia: Primer año: _____ Segundo año: _____ Tercer año: _____

4.- Estado civil: Casado (a) Soltero (a) Viudo (a) Divorciado (a)

5. Lugar de nacimiento:

Sección B. Cuestionario CVP-35.

Las preguntas que se presentarán a continuación se refieren a la manera en la que usted percibe su Calidad de Vida Profesional (CVP). Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto la residencia médica interfiere sobre su CVP. Se asignará un valor a cada pregunta marcando con una X de acuerdo a la siguiente escala: NADA: 1 y 2. ALGO: 3, 4 y 5. BASTANTE: 6, 7 y 8. MUCHO: 9 y 10.

