

11241

2 ej 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.

EL PERFIL PSICOSOCIAL DEL
MEDICO RESIDENTE

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
P S I Q U I A T R I A
P R E S E N T A :
DR. ALVARO DE LA LUZ SANCHEZ



ISSSTE

Mexico, D. F.

1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE TEMATICO

	Página
I) CONCEPTOS BASICOS:	
A) INTRODUCCION.....	1
B) ASPECTOS HISTORICOS DE LA ESPECIALIDAD Y RESIDENCIA MEDICA.....	2
C) EL EXAMEN DE SELECCION PARA RESIDENCIAS DE POSGRADO.....	6
II) TRABAJO DE INVESTIGACION:	
A) PLANTEAMIENTO.....	8
B) OBJETIVOS.....	9
C) JUSTIFICACION.....	10
D) DISEÑO DEL ESTUDIO.....	10
E) GRUPO DE ESTUDIO.....	11
F) DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	11
G) INSTRUMENTOS DE CAPTACION.....	12
H) PROCEDIMIENTOS TECNICOS.....	19
I) VARIABLES ESTUDIADAS.....	19
III) RESULTADOS:	
A) INDIVIDUOS ESTUDIADOS.....	22
B) VARIABLES DEMOGRAFICAS.....	23
C) VARIABLES ESPECIFICAS:	
1) Antecedentes académico hospitalarios.....	26
2) Area familiar.....	37
3) Cuestionario general de salud de Goldberg.....	39
4) Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.....	40

IV) DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	43
V) BIBLIOGRAFIA.....	45

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

INDICE TEMATICO

	Página
I) CONCEPTOS BASICOS:	
A) INTRODUCCION.....	1
B) ASPECTOS HISTORICOS DE LA ESPECIALIDAD Y RESIDENCIA MEDICA.....	2
C) EL EXAMEN DE SELECCION PARA RESIDENCIAS DE POSGRADO.....	6
II) TRABAJO DE INVESTIGACION:	
A) PLANTEAMIENTO.....	8
B) OBJETIVOS.....	9
C) JUSTIFICACION.....	10
D) DISEÑO DEL ESTUDIO.....	10
E) GRUPO DE ESTUDIO.....	11
F) DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	11
G) INSTRUMENTOS DE CAPTACION.....	12
H) PROCEDIMIENTOS TECNICOS.....	19
I) VARIABLES ESTUDIADAS.....	19
III) RESULTADOS:	
A) INDIVIDUOS ESTUDIADOS.....	22
B) VARIABLES DEMOGRAFICAS.....	23
C) VARIABLES ESPECIFICAS:	
1) Antecedentes académico hospitalarios.....	26
2) Area familiar.....	37
3) Cuestionario general de salud de Goldberg.....	39
4) Inventario multifónico de la personalidad de Minnesota.....	40

I) CONCEPTOS BASICOS:

1

A) INTRODUCCION:

La medicina constituye una entidad importante dentro de lo que son las llamadas profesiones de ayuda. Esta condición implica a su vez, una cualidad de poder y una vocación de servicio. La inclinación por el estudio de esta profesión esta determinada por estos dos factores, excepción hecha de las decisiones impulsadas por la inercia y la desorientación, así como por el deslumbramiento de una medicina visualizada através de una óptica mercantilista y de la supuesta adquisición de un status que esta proporciona.

En México la medicina resulta ser un fiel reflejo de las contradicciones de nuestro tiempo, ya que también en ella los procesos históricos, sociales, económicos, políticos y culturales inciden directamente y definen su contenido. Por ello en esta época puede hablarse de una medicina del capitalismo, de la industrialización, siendo el factor de organización de la medicina el capital, y sus intereses influencias decisivas en el conocimiento y la práctica del médico, el cual para lograrlo se vale entre otros recursos de un aparato ideológico, de la organización y división del trabajo médico y del desarrollo científico moderno. (1)

Teniendo como marco de orientación la actual crisis por la que atraviesa la medicina y específicamente los aspectos que se relacionan con la formación de sus cuadros y recursos humanos, el presente trabajo de investigación pretende lograr la integración de un perfil psicosocial del médico residente, através del contexto de desarrollo cotidiano a nivel hospitalario y sociofamiliar, buscando las interrelaciones existentes entre estos aspectos y las influencias y repercusiones que presentan estos en su personalidad y salud mental.

B) ASPECTOS HISTORICOS DE LA ESPECIALIDAD Y RESIDENCIA MEDICA:

El quehacer médico nace diferenciado en el período histórico, estableciéndose ya desde entonces la organización y división basándose en una atención particularizada. Es probable que desde los asentamientos neolíticos, existieran separados el cuidado de parturientas y sus recién nacidos (obstetricia y Pediatría). Las acciones intervencionistas y manipuladoras derivadas del alto riesgo que implicaban las actividades de los hombres en aquel entonces como guerreros y cazadores, sentaron las bases de la Cirugía y la Ortopedia. El conocimiento de los efectos farmacológicos derivados de la herbolaria señaló los principios de la Medicina Interna. La necesidad de explicación de los fenómenos naturales, las oraciones y los consejos traduciría los inicios de la Psiquiatría. (2)

En Egipto según Herodoto (450 a. de C.) la diferencia entre médicos especialistas y generales era bien diferenciada. Mientras los primeros centraban su atención en un solo órgano, los segundos curaban a los pobres y completaban sus ingresos desarrollando actividades secundarias como la preparación de cosméticos, depilatorios e insecticidas. La especialidad médica egipcia más famosa persiste aún hasta nuestros días: la de los embalsamadores, a cargo ahora de los forenses. Los cirujanos egipcios distinguían hasta 48 clases de traumatismos según lo registrado por el papiro "Smith" y se describen 700 medicamentos diversos en el papiro "Ebers". (3)

En el México precortesiano se distinguían por lo menos ocho especialidades, la mayoría fundamentadas en los extensos conocimientos sobre herbolaria. En 1524 funda Cortes el hospital de Jesús y

un año más tarde se reconoce a Maese Diego Pedraza como el primer médico que ejerció con reconocimiento oficial en la Nueva España. En 1525 el ayuntamiento de la ciudad contrató los servicios de Francisco Soto para que enseñara el oficio de barbero cirujano. Es hasta 1567 en que se gradua como Doctor en Medicina (el primero en la Nueva España) Pedro Farfán egresando de la Real y Pontificia Universidad de México. (4)

A partir de 1628 con la instalación de la junta del protomedicato se organizan los grados médicos, estableciéndose requisitos y condiciones legales para el ejercicio de la medicina. Los aspirantes a la profesión de médico, debían obtener el grado de bachiller en artes, y posteriormente para el bachillerato de Medicina, se requería aprobar los cursos de: Prima, Visperas, Anatomía y Cirugía, Astrología y Matemáticas. (5)

Durante el siglo XVI la actividad médica en México, estuvo al nivel de los países más adelantados, y es a partir de la decadencia del imperio Español, que decae también el progreso en las artes y ciencias de todas sus colonias. Hasta 1831 deja de existir la junta del protomedicato y es substituido por el Establecimiento de Ciencias Medicas creado por el vicepresidente Dr. Valentín Gómez Farías. En 1864 se funda la actual Academia Nacional de Medicina, lo cual por el número de sus asociados y la denominación de sus sitiales señalan ya la incipiente e irreversible tendencia hacia el cultivo de las especialidades. (6)

Es en Inglaterra en los nosocomios Londinenses de "San Bartolomé" y "Guy" en 1662 donde se inicia el sistema de entrenamiento médico en hospitales. El término de médico "interno" aparece por primera vez en 1774 en Edimburgo. (7)

Con la fundación del hospital General de México en 1905, nacen la mayoría de las especialidades médicas en el país, con la excepción de la Pediatría y la Psiquiatría. Las especialidades médicas surgen como resultado de procesos científicos y tecnológicos; así el desarrollo del oftalmoscopio por Helmholtz en el año de 1850 hizo posible el desarrollo de la Oftalmología. En los años siguientes la fabricación de otoscopios, laringoscopios y otro tipo de instrumentos médicos de diagnóstico, clínicos y quirúrgicos tornan posible el avance de las especialidades correspondientes.

En los Estados Unidos, el factor importante para el desarrollo de las especialidades fué la creación de las clínicas de multi-especialidades como la clínica Mayo y Rochester fundadas en 1914. (8)

En México instituciones hospitalarias enfocadas para la atención de grupos raciales, son las primeras en ofrecer atención especializada, como el sanatorio Español, el sanatorio Inglés y el hospital Americano, sin embargo no es en estos hospitales en donde nacen las especialidades, ya que carecían de sistemas de docencia organizada.

Hasta 1942 la preparación de especialistas era básicamente tutorial. El médico general se acercaba a un profesor de prestigio reconocido y aprendía de ella especialidad trabajando a su lado y estudiando la teoría por su cuenta. Al cabo de dos años o más, dependiendo de su capacidad, se independizaba e iniciaba su ejercicio profesional. Por esta época progresan grupos como los del Dr. Villanueva en Urología, Ayala Gonzalez en Gastroente-

rología, Chavez en Cardiología, Salvador Zubirán en Medicina Interna, Cosío Villegas en Neumología, Dionisio Nieto en Psiquiatría y Latapí en Dermatología entre otros.

El 20 de Noviembre de 1942 se funda el primer hospital general moderno de México, el Hospital Central Militar el cual organiza los servicios de residencias médicas casi en forma simultánea con el Hospital General de México. Posteriormente surgen instituciones pioneras descentralizadas con actividad médica especializada y con programas docentes organizados para la formación de pediatras, cardiólogos e internistas, siendo estas instituciones en forma respectiva: El Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el hospital de enfermedades de la Nutrición, los cuales son los primeros en obtener reconocimiento universitario de sus cursos. Dichos programas han servido como modelo para la instauración de los cursos de residencias médicas en otros hospitales.

Es en 1973 cuando se promulga el código sanitario vigente, en el cual se prescribe que serán los colegios de especialistas, los que dictaminen sobre las condiciones que determinen el reconocimiento de un especialista, y a su vez estos deberán de ser reconocidos por la Academia Nacional de Medicina. La UNAM desde hace 30 años, através de la división de estudios superiores de la facultad de Medicina, se ha encargado de supervisar y reconocer las residencias cursadas en diversas instituciones hospitalarias del sector salud, incluyendo la mayoría de los cursos de especialidad.

C) EL EXAMEN DE SELECCION PARA RESIDENCIAS DE POSGRADO:

El examen nacional de selección para aspirantes a residencias de posgrado fue instaurado desde el año de 1978, con el propósito de regular y coordinar la repartición de las plazas de hospital de las diversas instituciones , que tenían la capacidad de impartir cursos de especialidad médica. Para este fin se creó un comité intersectorial formado inicialmente por la SSA, IMSSS e ISSSTE, que fungieron como entidades organizadoras de este proceso, en el cual se empezaron a distribuir año con año, cerca de 2000 plazas , para un monto de aspirantes que ascendía en 1981 a cerca de 8000 egresados provenientes de 40 escuelas de medicina en todo el país. (9)

La universidad nacional autónoma de México se encargó de la preparación , organización y aplicación de un examen de conocimientos médicos a fin de efectuar dicha selección. El examen constaba de 280 preguntas con posibilidad de elección múltiple, abarcando temas de pediatría, medicina interna, cirugía y ginecoobstetricia, incluyendo también la exploración de conocimientos teóricos y básicos, así como cuestiones prácticas de criterio y aplicación de conceptos.

La calificación se efectuaba a través de procesos de lectura electrónica por medio de computadoras, proporcionando además del número total de aciertos de cada concursante, su desempeño en 8 capítulos secundarios, con el fin de discriminar a los aspirantes que obtuvieran el mismo número total de aciertos, dando un peso específico diferente a cada capítulo de los antes mencionados.

A través del tiempo, el proceso de selección ha sido constantemente modificado, lograndose progresivamente mejorar los mecanismos

de organización tendientes a preservar la inviolabilidad, justicia y precisión de los resultados, disminuyendo de esta manera la posibilidad de fraude.

Año con año se incrementa el número de participantes en el examen de selección, mencionandose cifras de cuarenta a cincuenta mil aspirantes en 1987, contrastando la desproporción en cuanto al número de plazas disponibles en toda la república (2200). (10)

Esta creciente tendencia hacia el acceso a las especialidades médicas tiene múltiples razones citandose entre otras, la falta de una planeación adecuada en la formación de profesionales del area médica que egresan de las cuarenta escuelas de medicina del país, con una deficiente preparación académica y que no cuentan con oportunidades de trabajo institucional debido a la deficiente infraestructura de los servicios de sa lud y a la inadecuada distribución de los mismos. Esta tendencia puede interpretarse también através de la existencia de una vocación conciente y un interés real, que se encuentren fundamentados en el preconocimiento del área a nivel teórico y la definición de un perfil profesional integral de la especialidad solicitada.

El reconocimiento de estos dos últimos aspectos en el examen de selección redundaría en el aumento de la confiabilidad y precisión de los médicos aceptados, así como en el incremento cualitativo de su formación profesional, previniendose la deserción y posibles alteraciones psicológicas adaptativas del futuro médico residente.

II) TRABAJO DE INVESTIGACION:

A) PLANTEAMIENTO.

¿ Es el médico residente, un elemento singular dentro del equipo humano de trabajo de un hospital general, el cual puede resultar más afectado en el area de su salud mental, por su propio sistema de trabajo y entrenamiento profesional?

La etapa de formación médica especializada (residencia médica) posee características peculiares que determinan estados o condiciones de adaptación, ajuste o alteración en la salud mental del residente. A través de el análisis de su perfil psicosocial es posible estudiar y conocer con mayor profundidad, las características o rasgos de personalidad, que ligados a inclinaciones vocacionales determinan el acceso a una especialidad. (11)

El proceso evolutivo durante los años de la residencia médica, se encuentra condicionado en relación a factores psicosociales que inciden en el rendimiento académico, laboral, alteraciones de conducta, personalidad y salud mental del médico residente.

El insuficiente adiestramiento y experiencia previos a su ingreso a la especialidad, la excesiva responsabilidad delegada, la escasa supervisión otorgada, el número de horas de trabajo desproporcionado en relación con el tiempo destinado para descanso, la ambivalencia e imprecisión sobre su condición como trabajador o estudiante, determinan en el residente diversas modificaciones de conducta y personalidad que son expresadas como respuestas de adaptación ante el medio para mitigar el stress: Uso y abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otros tóxicos. Desarrollo de trastornos neuróti-

cos, desordenes del carácter e inclusive transtornos de la personalidad. (12)

B) OBJETIVOS:

a) OBJETIVOS GENERALES:

1) Investigar los factores psicosociales de mayor importancia, que durante el periodo de entrenamiento profesional del médico residente influyan en el desarrollo de alteraciones inherentes a su salud mental.

2) Definir un perfil psicosocial grupal, derivado de analisis individuales, a traves de pruebas de personalidad proyectivas y cuestionarios semiestructurados de antecedentes academicos y sociofamiliares.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1) Determinar la estructura o perfil psicosocial predominante del médico residente.

2) Identificar los rasgos y características de personalidad del médico residente a traves del inventario multifasico de la personalidad de Minnessotta (MMPI).

3) Identificar y valorar transtornos psicomaticos, de ansiedad, depresivos y del sueño, a traves del cuestionario general de salud de Goldberg.

4) Determinar los antecedentes academicos y sociofamiliares que guardan relación con el grado de adaptación y realización profesional durante el período de la residencia médica.

C) JUSTIFICACION:

Considerando que el equipo de médicos residentes constituye en cualquier hospital general, uno de los recursos humanos más importantes, tanto por su número, como por los servicios y actividades que desempeña, es necesaria una mayor información derivada de investigaciones tendientes a identificar las variables de las cuales depende su eficacia laboral, su rendimiento académico y su salud mental.

Para los objetivos de investigación de este estudio, se recopiló información bibliográfica en relación al tema de la educación y salud mental del médico residente, proviniendo tales datos exclusivamente de autores norteamericanos. En nuestro país, el aspecto de la educación médica no ha recibido la debida atención, por lo cual no se dispone de la información necesaria que pudiera servir como marco de referencia al presente trabajo. (13)

D) DISEÑO DEL ESTUDIO:

Por las características del presente trabajo de investigación, se clasificaría el estudio como:

- a) Observacional.
- b) Transversal.
- c) Prospectivo.
- d) Descriptivo.
- e) Comparativo.

E) GRUPO DE ESTUDIO:

Las características de los sujetos estudiados fueron las siguientes: Médicos residentes adscritos al hospital regional "20 de Noviembre", cursando del primero al tercer año en especialidades troncales clínicas y quirúrgicas así como en subespecialidades.

Se tomaron como criterios de inclusión, la aceptación voluntaria dentro de la investigación, de sujetos de ambos sexos, sin límite de edad, sin determinado estado civil, nivel socioeconómico ni antecedentes curriculares.

Como criterios de exclusión se tomaron a los sujetos que cursaran residencias tutelares, con rotaciones parciales extrahospitalarias sin posibilidad de seguimiento o/y trastornos psiquiátricos diagnosticados y bajo tratamiento.

En relación a criterios de eliminación, estos sólo estarían determinados por la entrega incompleta o extemporánea de los cuestionarios o a solicitud expresa del interesado.

F) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se elaborarán cincuenta paquetes de cuestionarios, conteniendo cada uno de ellos las siguientes pruebas: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI); Cuestionario general de salud de Goldberg, y un cuestionario semiestructurado de antecedentes académicos y sociofamiliares. De un total de 472 residentes adscritos al hospital regional "20 de Noviembre", se pretendió configurar una muestra representativa de las diversas especialidades, en base a la participación de residentes de áreas clínicas, quirúrgicas y de diagnóstico, elegidos en forma aleatoria dirigida.

Los cuestionarios serían autoaplicativos, instruyéndoseles para tal

fin en forma personal, suficiente y concreta, subrayando la importancia y necesidad de respuestas veraces y honestas, asegurándose la confiabilidad y anonimato de los datos y entrevistados, agregándose además una descripción general de los objetivos del estudio. Se fijó un plazo de una a dos semanas para la entrega de los cuestionarios contestados, manejándose los expedientes en base a un número de clave en substitución del nombre del entrevistado. La calificación y evaluación de los cuestionarios fue llevada a cabo por personal adscrito al servicio de Psiquiatria y Psicología del hospital "20 de Noviembre".

G) INSTRUMENTOS DE CAPTACION:

a) Inventario multifásico de la personalidad de Minessota (MMPI). Prueba psicológica de tipo proyectivo de la personalidad. Consiste en una encuesta de autoaplicación integrada por un folleto conteniendo 566 preguntas y una hoja de respuestas, con dos posibilidades para cada pregunta: cierto (C) o falso (F).

El MMPI se califica através de una serie de plantillas y una hoja de respuestas, diferentes para ambos sexos, en donde se van a captar los valores encontrados para las diferentes escalas, y donde de acuerdo a esos valores se graficará y arrojará el perfil de personalidad del individuo estudiado.

Las escalas comprendidas en el MMPI son 14 en su totalidad; una de preguntas sin respuestas, tres de validez y diez escalas clínicas. Las escalas de validez son la L, F, K, que proporcionarán una gráfica que orientará a la interpretación de la prueba, considerando las características del sujeto al momento de contestar el cuestionario.

Las escalas clínicas son diez y se denominan de la siguiente forma:

H1 (1) hipocondriasis y neurastenia.

D (2) depresión.

Hs (3) histeria.

Dp (4) desviación psicopática.

Mf (5) intereses masculino-femenino.

Pa (6) paranoia.

Pt (7) psicastenia u obsesión-compulsión.

Es (8) esquizofrenia.

Ma (9) manía.

Si (0) socialización. (14)

El MMPI fué introducido por Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley en 1942. Actualmente es el inventario más completo y frecuentemente usado por clínicos e investigadores en el área de la salud mental. (15)

En relación a la validez del test, el MMPI pretende que la precisión de las calificaciones que el sujeto da de si mismo no es una condición de la validez del test. Se dice que el valor de la prueba se basa en lo que dice el paciente, no en el valor de certeza de lo que dice.

No obstante la valiosa información diagnóstica que proporciona, el cuestionario rara vez es contestado en forma completamente honesta y veraz, ya sea debido a un temor consciente o a una defensa inconsciente contra la ansiedad. Debido a esta situación el empleo de este instrumento requiere de la validación y complementación con otro tipo de pruebas psicológicas (pruebas psicológicas proyectivas y psicométricas), cuestionarios estructurados o/y entrevistas psiquiátricas. (16)

b) Cuestionario general de salud de Goldberg.

Es un instrumento autoaplicable diseñado para la detección o identificación de pacientes que presentan alteración mental y ameritan tratamiento de especialidad. Por la forma en que esta estructurado permite valorar el desorden psiquiátrico en el momento en que se contesta el cuestionario. Proporciona información acerca del estado mental actual del paciente y del grado de severidad de su padecimiento, de manera que la calificación puntaje resultará alta si el cuestionario se contesta durante el período de enfermedad, y resultará baja si este es contestado en un período de salud.

El cuestionario consta de 60 preguntas con cuatro posibilidades de opción, redactadas inicialmente bajo el siguiente esquema de estructuración, y puntaje de calificación:

- 0 : Rara vez...
- 1 : No más de lo común...
- 2 : Más de lo común...
- 3 : Mucho más de lo común...

Los aspectos que evalúa el cuestionario son los siguientes:

- I) Síntomas somáticos.
- II) Transtornos del sueño.
- III) Inadecuación social: relaciones interpersonales y conducta observada.
- IV) Transtornos de ansiedad.
- V) Transtornos depresivos.

La sensibilidad y la especificidad para este cuestionario oscila entre el 72 y 78 % respectivamente. (15)

c) Cuestionario semiestructurado de antecedentes académicos y socio-familiares.

Dicho cuestionario autoaplicativo, es otro de los instrumentos de captación empleados, el cual se encuentra dividido en tres secciones:

1) Ficha de identificación: número de clave, sexo, edad, estado civil y lugar y fecha de nacimiento.

2) Antecedentes académico-hospitalarios: comprendiendo 25 preguntas abiertas y cerradas, teniendo como posibilidad de respuesta la complementación o la elección múltiple. Esta sección evalúa aspectos como: Antecedentes universitarios, intereses vocacionales, expectativas profesionales, condiciones laborales y condiciones académicas.

3) Area familiar: comprende 8 preguntas de complementación y opción múltiple. Evalúa aspectos en relación a estado civil, nivel socioe-conómico, relaciones interpersonales, actividades colaterales labora-les o/y culturales. (16)

Atraves de análisis de correlación de variables, evaluaciones esta-dísticas y descriptivas, se obtuvo un perfil sociofamiliar del médico residente, que se describira en el capítulo correspondiente.

A continuación se anexa un formato del cuestionario utilizado.

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES ACADEMICOS
Y SOCIOFAMILIARES.

16

I) FICHA DE IDENTIFICACION:

Número de clave: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____
Edad: _____ Estado civil: _____

II) ANTECEDENTES ACADEMICO-HOSPITALARIOS:

- 1) Universidad de procedencia: _____
- 2) Número de años de estudios profesionales cursados: _____
- 3) Promedio de la carrera de medicina: _____
- 4) Número de ocasiones en que ha presentado el examen nacional: _____
- 5) Especialidad cursada actualmente: _____
Clínica () Quirúrgica ()
- 6) ¿ Representa esta la primera opción solicitada ? : SI () NO ()
- 7) Motivos principales de elección de la especialidad:
Area u objetivo de estudio () Campo de trabajo () Antecedentes vocacionales () Expectativas económicas () Otros () : _____
- 8) Rotación de guardias: AB () ABC () ABCD... ()
- 9) Promedio de horas laboradas diariamente: _____
- 10) ¿ Existen en su especialidad, actividades extraordinarias como clases universitarias, rotaciones extrahospitalarias etc. ? Describa y cuantifique en tiempo: _____
- 11) Considera el sistema académico y de trabajo de su servicio, como:
Organizado () Exigente () Normal () Extenuante ()
Regular () Explotante () Otro () : _____
- 12) El curso de especialidad que usted desarrolla, cumple las expectativas fijadas a su ingreso: SI () NO () ¿ Por qué? : _____
- 13) Ha considerado en alguna ocasión abandonar el curso: SI () NO ()
- 14) De haber existido la posibilidad de realizar el curso de especialidad en alguna otra ciudad sede, ¿ Habría cambiado su adscripción actual? : SI () NO ()
- 15) ¿ Se considera adaptado a las condiciones socioambientales de la ciudad de México? SI () NO ()
- 16) ¿ Proyecta regresar a radicar y a laborar a su ciudad natal, considerando que sea usted de provincia ? : SI () NO ()

17) De acuerdo a su consideración, el médico residente, por las labores y actividades que desempeña debiera ser considerado como:

Trabajador sindicalizado () estudiante universitario de posgrado ()

Becario institucional () Otro tipo () : _____

18) Considera usted justas las percepciones económicas y prestaciones del médico residente: SI () NO ()

19) ¿ Conoce usted la reglamentación inherente a la actividad del residente (manual del residente) ? : SI () NO ()

20) ¿ Dentro de su servicio se aplican reglamentaciones extraordinarias o suplementarias que contravengan lo dispuesto en el manual del residente ? :

SI () NO () Especifique: _____

21) Califique usted los siguientes aspectos de su actividad hospitalaria dentro de su servicio:

	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
Responsabilidad delegada :	()	()	()	()
Supervisión otorgada :	()	()	()	()
Nivel de intensidad de trabajo :	()	()	()	()
Oportunidad de aprovechamiento académico diario :	()	()	()	()
Oportunidad de capacitación (cursos con valor curricular) :	()	()	()	()
Riesgo profesional:	()	()	()	()
Calidad del servicio prestado al paciente derechohabiente :	()	()	()	()

22) ¿ Ha solicitado usted en el curso de su residencia ? :

a) Prestamos económicos : ()

b) Días económicos : ()

c) Días de incapacidad medico laboral : ()

d) Habitación en la residencia médica : ()

e) Acceso a estacionamiento del hospital : ()

f) Atención médica a familiares : ()

¿ Le fueron autorizados ? :

a) SI () NO ()

b) SI () NO ()

c) SI () NO ()

d) SI () NO ()

e) SI () NO ()

f) SI () NO ()

- 23) ¿ Durante su residencia ha asistido a cursos con valor curricular ? :
 SI () NO () Número: _____
- 24) ¿ Durante el periodo de residencia, ha recibido por parte de sus superiores ? :
 Suspensiones laborales: SI () NO ()
 Guardias de castigo: SI () NO ()
 Reportes escritos: SI () NO ()
 Extrañamientos verbales: SI () NO ()
 Discriminación u obstaculización laboral o/y academica: SI () NO ()
- 25) ¿ Dentro de su servicio identifica alguna de las siguientes estructuras? :
 Diferencias jerarquicas basadas en el grado academico : SI () NO ()
 Autoridad irracional por parte de medicos adscritos : SI () NO ()
 Desempeño de actividades correspondientes a medicos de mayor jerarquía a la de usted : SI () NO ()
 Ambiente de unidad y colaboración entre personal médico paramédico y administrativo: SI () NO ()

III) AREA FAMILIAR :

- 26) Estado civil :
 Casado(a) () Soltero(a) () Divorciado(a) () Viudo(a) ()
 Separado(a) () Union libre ()
- 27) ¿ Tiene usted hijos? : Uno () Dos () Tres o más ()
- 28) Conteste si es usted casado(a):
 Número de años de matrimonio: _____
 Profesión u ocupación de su pareja: _____
 ¿Es usted el único sostén económico de su familia? : _____
 ¿Recibe ayuda económica de sus padres u otros familiares? : _____
- 29) Conteste si es usted soltero(a):
 ¿Se siente satisfecho de su estado civil actual? : _____
 ¿Mantiene relaciones afectivas estables con su pareja? : _____
 ¿Tiene pensado contraer matrimonio dentro del periodo de la residencia? : _____
- 29) Nivel socioeconomico al que pertenece: _____
- 30) Dependen económicamente de usted otros familiares: _____
- 31) Desempeña alguna otra actividad laboral aparte de la residencia: SI () NO ()
 Especifique: _____
- 32) Su tiempo libre lo dedica a:
 Deporte () Descanso () Familia () Actividades culturales ()
 Otro trabajo () Estudio () Algún otro () : Especifique: _____

H) PROCEDIMIENTOS TECNICOS:

El grupo muestra fuè seleccionado en forma aleatoria dirigida, basandose en las listas completas de la plantilla de médicos residentes adscritos al H. R. "20 de Noviembre", proporcionadas por la jefatura de enseñanza. La selección comprendió 50 médicos residentes de especialidades troncales y subespecialidades, proporcionandoseles instrucciones verbales y escritas para la contestación de los cuestionarios. Dentro de cada expediente se incluía una tarjeta adherible con el nombre y datos generales del entrevistado, la cual sería desprendida del expediente por la persona previamente designada para recolectar los paquetes de cuestionarios.

Se procuró que la fecha de entrega de los estudios fuera de manera simultánea con una variación máxima de una semana, siendo el sitio físico de recolección la administración del edificio de la residencia médica. A partir de este momento los expedientes se manejarón con un número de clave, omitiendo nombres y procediendo a su calificación con el auxilio del servicio de psicología del turno vespertino del hospital.

I) VARIABLES ESTUDIADAS:

a) Variables demográficas:

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Lugar y fecha de nacimiento.

b) Variables específicas: Antecedentes académico-hospitalarios.

- 1) Universidad de procedencia.
- 2) Años profesionales cursados.
- 3) Promedio de la carrera de medicina.
- 4) Número de ocasiones de presentación del examen nacional para residencias médicas.
- 5) Especialidad cursada actualmente.
- 6) Motivos de elección de la especialidad.
- 7) Rotación de guardias.
- 8) Promedio de horas laboradas diariamente.
- 9) Sistema académico laboral por servicios.
- 10) Consideración de la posibilidad de deserción.
- 11) Consideración de cambio de adscripción.
- 12) Condiciones de adaptación socioambiental.
- 13) Reintegración laboral a lugar de origen.
- 14) Lugar y función del residente.
- 15) Consideración sobre percepciones económicas.
- 16) Conocimiento de la reglamentación inherente al residente.
- 17) Calificación de aspectos de actividad hospitalaria.
- 18) Prestaciones y servicios hospitalarios.
- 19) Sanciones y medidas disciplinarias.
- 20) Estructuras jerárquicas por servicios.

c) Variables específicas: Area familiar:

- 1) Estado civil.
- 2) Número de hijos.

3) Profesión u ocupación de la pareja.

4) Sostén económico.

5) Nivel socioeconómico.

6) Desempeño de actividades laborales adicionales.

7) Organización y distribución del tiempo libre.

d) Variables específicas: Cuestionario general de salud de Goldberg.

1) Transtornos depresivos.

2) Transtornos de ansiedad.

3) Transtornos psicósomáticos.

4) Transtornos del sueño.

e) Variables específicas: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.

1) Perfil de personalidad calificado por el método de Hattaway en base a diez escalas clínicas.

III) RESULTADOS:

A) INDIVIDUOS ESTUDIADOS:

La muestra representativa de los 472 médicos residentes del H. R. "20 de Noviembre", se estableció en un número de 50 individuos para entrevistar, a los cuales se repartieron los cuestionarios con las características y metodología antes descrita, lograndose recabar solamente 30 de los mismos.

El grupo seleccionado se encontraba integrado por 25 personas del sexo femenino, y la otra mitad por 25 del sexo masculino.

El nivel por años de residencia era el siguiente:

- a) Médicos residentes de primer año: 15.
- b) Médicos residentes de segundo año: 15.
- c) Médicos residentes de tercer año: 15.
- d) Médicos residentes de cuarto año: 2.
- e) Médicos residentes de quinto año: 3.

Las areas de especialidad seleccionadas se desglosaban de la siguiente forma:

- 1) Medicina Interna y subespecialidades de esta división: 10 individuos.
- 2) Cirugía general y subespecialidades: 10.
- 3) Pediatría y subespecialidades: 10.
- 4) Ginecoobstetricia y subespecialidades: 10.
- 5) Especialidades del área de auxilio diagnóstico: 10.

Debido a la entrega extemporánea de los cuestionarios, o bien al incumplimiento literal de dicho compromiso, el grupo de estudio se redujó un 40%, restando únicamente 30 individuos, correspondiendo

21 al sexo masculino y 9 al sexo femenino.

Por grados de años de especialidad se clasificarán de la siguiente manera:

- a) Residentes de primer año: 6.
- b) Residentes de segundo año: 7.
- c) Residentes de tercer año: 15.
- d) Residentes de cuarto año: 1.
- e) Residentes de quinto año: 1.

B) VARIABLER DEMOGRAFICAS:

	SEXO	EDAD	ESPECIALIDAD	GRADO DE RESIDENCIA
1)	MASC	31	CIRUGIA GRAL.	R III
2)	MASC	30	GINECOOBST.	R III
3)	MASC	33	OTORRINOLARING.	R III
4)	MASC	29	DERMATOLOGIA	R III
5)	MASC	29	MED. INTERNA	R III
6)	MASC	29	REUMATOLOGIA	R III
7)	MASC	30	GINECOOBST.	R III
8)	MASC	30	PSIQUIATRIA	R III
9)	MASC	31	PSIQUIATRIA	R III
10)	MASC	32	GINECOOBST.	R III
11)	MASC	27	PSIQUIATRIA	R III
12)	MASC	28	MED. INTERNA	R II
13)	MASC	26	MED. INTERNA	R II
14)	MASC	31	NEUROLOGIA	R II
15)	MASC	26	ALERGOLOGIA	R II

16)	MASC	29	GINECOOBST.	R I
17)	MASC	30	PSIQUIATRIA	R I
18)	MASC	29	PSIQUIATRIA	R I
19)	MASC	26	PSIQUIATRIA	R I
20)	MASC	28	MED. INTERNA	R II
21)	MASC	30	NEUROCIRUGIA	R V
22)	FEM	30	ONCOLOGIA	R IV
23)	FEM	28	DERMATOLOGIA	R III
24)	FEM	28	MED. INTERNA	R III
25)	FEM	27	MED. NUCLEAR	R III
26)	FEM	27	PSIQUIATRIA	R II
27)	FEM	26	RADIODIAGNOST.	R II
28)	FEM	28	MED. NUCLEAR	R II
29)	FEM	29	MED. INTERNA	R I
30)	FEM	26	MED. INTERNA	R I

1) Edad: De los sujetos estudiados, en total 30 se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad menor fué de 26 años, en dos mujeres RI y RII respectivamente, así como en 2 hombres del 1º y 2º año de la especialidad, RI y RII respectivamente. El promedio general fué de 28.7 años.

Entre las mujeres el promedio de edad fué de 27.6 años. En relación a los hombres el promedio de edad fué de 28.7 años.

Dentro de la muestra, la Moda se encontró entre 28 a 30 años, y la mediana en los 29 años.

2) Sexo: La muestra se encuentra formada por 21 hombres (70%) y 9 mujeres (30%). La relación hombre:mujer es de 3:1. Dicha desproporción será analizada y discutida en el capítulo correspondiente.

3) Lugar de nacimiento: De los resultados obtenidos, un 70% (21 sujetos) correspondieron por su lugar de origen a la provincia, 26.6% (8) al área metropolitana y uno solo al extranjero.

CHIAPAS: (Bochil) ; 1

CHIHUAHUA: (Naica, Chihuahua) ; 2

COAHUILA: (Torreón) ; 1

GUANAJUATO: (León) ; 1

JALISCO: (Autlán) ; 1

AREA METROPOLITANA (DISTRITO FEDERAL Y EDO. DE MEXICO) ; 8

NICHOACAN: (Puruándiro) ; 1

NUEVO LEON: (Apodaca) ; 1

PUEBLA: (Puebla) ; 1

SINALOA: (Culiacán, Culiacancito, Guasave, Mazatlán, Los Mochis) ; 5

SAN LUIS POTOSI: (San Luis Potosí) ; 2

TLAXCALA: (Tlaxcala) ; 1

VERACRUZ: (Orizaba, -2- Xalapa) ; 3

REPUBLICA ARGENTINA: (Buenos Aires) ; 1

C) VARIABLES ESPECIFICAS: ANTECEDENTES ACADEMICO-HOSPITALARIOS.

1) Universidad de procedencia:

Del grupo estudiado se encontró que un total de 17 individuos realizaron sus estudios profesionales en universidades de provincia (10 institutos), representando esto el 56.6%. Los individuos egresados de la UNAM (incluyendo los planteles ENEP Iztacala y Zaragoza), sumaron un total de 11, representando el 36.6%. Asimismo se identificaron dos egresados de planteles universitarios particulares del Distrito Federal: Universidad autónoma Metropolitana y Universidad "La Salle".

Universidad autónoma de Chiapas: 1
Universidad autónoma de Chihuahua: 1
Universidad autónoma de Coahuila: 1
Facultad de Medicina de León Guanajuato: 1
Universidad autónoma de Guadalajara: 5
Universidad nacional autónoma de México: 8
ENEP Iztacala: 2
ENEP Zaragoza: 1
Universidad autónoma Metropolitana: 1
Universidad "La Salle": 1
Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo: 1
Universidad autónoma de Nuevo León: 1
Universidad autónoma de Puebla: 2
Universidad autónoma de San Luis Potosí: 2
Universidad Veracruzana: 2

2) Años profesionales cursados:

En relación a este aspecto, los datos resultantes varían entre 1 a 6 años, teniéndose como promedio total 4 años cursados dentro de la especialidad.

Es importante señalar como limitante de validez estadística en este caso, el grado de dispersión de la muestra, la cual incluye residentes del 1er al 5º año, de los cuales más de un 50% realizarán un año extra que correspondió a la residencia rotatoria de posgrado (curso de introducción a la especialidad médica), actualmente desaparecido.

3) Promedio de la carrera de Medicina:

De la muestra estudiada, se encontró como promedio inferior 7.7 y como promedio superior 9.7, correspondiendo a un hombre y a una mujer respectivamente. El promedio general de los 30 médicos residentes fué de 8.93. La moda fué de 8.9, y la mediana también fué 8.9.

El promedio correspondiente a los egresados de la UNAM y universidades particulares (2) del D.F., fué de 9.48. Por otra parte de los 18 egresados de universidades de provincia, el promedio general fué de 8.56.

4) Número de ocasiones de presentación del examen nacional para residencias médicas:

El examen de selección representa un filtro para el acceso del médico general hacia la especialidad. No obstante su progresivo perfeccionamiento, adolece aún de defectos que impiden la captación y selección de los aspirantes más aptos para el desarrollo de una es-

pecialidad.

El número de intentos realizados para aprobar dicho exámen, expresa por parte del aspirante una necesidad imperiosa motivada por intereses profesionales, vocacionales, económicos o de prestigio.

Dicha situación se hace evidente, al observarse como la mayor parte de los concursantes tienden a repetir numerosos veces dicho intento.

En los resultados de la muestra estudiada, se encontró que 18 residentes (60%) habían aprobado el exámen nacional en un solo intento. 9 de los residentes (30%) lo habían logrado después de presentar en dos ocasiones dicho exámen, y un 10% (3 residentes) lo habían presentado en tres ocasiones.

5) Especialidad cursada actualmente:

Del grupo estudiado, el 63.3% se encontraba desempeñando una especialidad de carácter clínico (19 residentes), el 26.6% correspondió a especialidades del área quirúrgica (8 residentes), y sólo un 10% a especialidades del área de auxiliares de diagnóstico (3 residentes).

Especialidades clínicas.	Quirúrgicas	Aux. de diagnóstico
MEDICINA INTERNA (8)	GINECOOBSTETRICIA (4)	RADIOLOGICO (1)
DERMATOLOGIA (2)	OTORINOLARINGOLOGIA (1)	MED. NUCLEAR (2)
PSIQUIATRIA (7)	NEUROCIRUGIA (1)	
REUMATOLOGIA (1)	CIRUGIA GENERAL (1)	
NEUROLOGIA (1)		

6) Motivos de elección de la especialidad:

En relación a este apartado, existió la posibilidad de elección de más de una opción, considerando que las motivaciones o intereses que tiene el médico general en la búsqueda de acceso a la especialidad reviste más de una razón.

Los resultados de las entrevistas individuales son las siguientes:

- Se identificaron 18 respuestas para el inciso de área de estudio.
- 8 respuestas para la opción de campo de trabajo.
- 6 respuestas para el inciso de expectativas económicas.
- Una sola respuesta en que se señaló "falta de más opciones".

7) Rotación de guardias:

De acuerdo al reglamento hospitalario que regula las actividades del médico residente, las guardias nocturnas que debe desempeñar obligatoriamente, se clasifican de la siguiente manera:

RI y RII un día de guardia por dos de descanso (ABC).

R III, R IV y R V; un día de guardia por tres de descanso. (ABCD).

De los resultados obtenidos en el grupo de estudio, se obtuvieron los siguientes datos:

16 residentes (56.6%) desarrollan guardias de tipo ABCD.

10 residentes (33.3%) desarrollan guardias de tipo ABC

8) Promedio de horas laboradas diariamente:

La cantidad de horas laboradas cada día, varía de acuerdo a necesidades y reglamentaciones internas de los diferentes servicios, sin embargo la mayoría de los mismos desarrolla actividades con un horario contemplado por reglamento de 8:00 a.m. a 15:00 horas.

De acuerdo a los datos derivados de las entrevistas, se encontró como rango mayor, la cantidad de 12 horas laboradas diariamente sin tomar en cuenta guardias vespertinas o/y nocturnas, por parte de un 30% de los entrevistados, siendo importante señalar su pertenencia a servicios del area quirúrgica.

Como rango menor se encontró un 25% de la muestra que refirió trabajar un promedio de 6 horas diarias, estableciéndose como promedio general de horas laboradas diariamente la cantidad de 8, para un 45% de los entrevistados.

9) Sistema académico laboral por servicios:

En el presente inciso se pretendía conocer la opinión personal del médico residente, en relación a la valoración cualitativa del sistema de enseñanza y de trabajo de su servicio, proponiéndose para tal objeto las siguientes opciones calificatorias:

(En esta pregunta, cabía la posibilidad de contestar más de una opción.)

ORGANIZADO: 5 (14%)

EXPLOTANTE: 5 (14%)

NORMAL: 4 (11%)

EXTENUANTE: 2 (5%)

REGULAR: 10 (29%)

DESORGANIZADO: 1 (2.5%)

EXIGENTE: 4 (11%)

10) Consideración de la posibilidad de deserción:

Sobre este tema se cuenta con poca información en relación al índice real de deserción, durante el período de la residencia médica, sin embargo el resultado de la encuesta es significativo al considerar que un 40% (12 residentes) respondieron en forma afirmativa a la posibilidad de abandonar el curso en un momento determinado.

El resto del grupo 60% (18 residentes) respondieron en forma negativa.

11) Consideración de cambio de adscripción:

Las respuestas a esta pregunta resultan coincidentes numéricamente a las del reactivo anterior, infiriendo que el porcentaje de las personas que afirmaron haber considerado la posibilidad de abandonar el curso en un momento determinado, también respondieron (a excepción de dos) haber deseado tener la opción de cambiar su adscripción actual.

Probablemente esto obedece, entre otras razones, a que dicho grupo es originario de provincia, y preferiría tener la posibilidad de realizar el curso de especialidad en su lugar de origen.

Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

40% (12 residentes) afirmaron haber deseado el cambio de su adscripción actual.

El 60% (14 residentes) respondieron negativamente.

12) Condiciones de adaptación socioambiental:

La pregunta correspondiente a este tema, exploraba en forma concreta, la adaptación del médico residente a las condiciones socio-ambientales de la ciudad de México.

Considerando que el 70% de los entrevistados es de provincia, es explicable e interpretable, que casi la misma proporción, un 63% (19 residentes) hayan respondido que no se consideraban adaptados a las condiciones socioambientales del Distrito Federal.

36% (11 residentes) respondieron en forma afirmativa, incluyendo el total de los originarios de esta ciudad.

13) Reintegración laboral a lugar de origen:

Reafirmando las respuestas a las dos preguntas anteriores, se encontró que el 100% de los entrevistados procedentes del interior de la república, pretenden regresar a laborar a su ciudad natal al concluir la etapa de la residencia médica.

14) Lugar y función del residente:

De acuerdo al reglamento que proporciona el Instituto (ISSSTE), para concertar el contrato de adiestramiento con los médicos residentes, éste se encuentra fundamentado legalmente en el capítulo 16, título sexto de la Ley Federal del Trabajo en su apartado correspondiente "al período de adiestramiento en una especialidad".

No obstante es una realidad, que las condiciones académico-laborales del residente están caracterizadas por la imprecisión, ambivalencia e indefinición de los criterios normativos por parte de las autoridades universitarias, sindicales y hospitalarias.

De acuerdo a la opinión de los médicos entrevistados, la denominación más adecuada por las connotaciones que esto implicaría serían

Las siguientes:

TRABAJADOR SINDICALIZADO: 16 (53%)

ESTUDIANTE UNIVERSITARIO DE POSGRADO: 4 (13%)

DECIARIO INSTITUCIONAL: 10 (33%)

OTRA OPCION: Médico de base con antigüedad.

15) Consideración sobre percepciones económicas:

Aunque durante los dos últimos años, las percepciones y prestaciones a que tiene derecho el médico residente han mejorado en virtud de la política de homologación en el sector salud, la opinión del médico residente basada en criterios comparativos por el nivel profesional y el trabajo que desarrolla, es unánime, ya que el 100% de los entrevistados afirmaron no estar conformes con las percepciones económicas y prestaciones recibidas.

16) Conocimiento de la reglamentación inherente al residente:

Los lineamientos reglamentarios, que norman las actividades del médico residente, se encuentran contenidos en el llamado "manual del residente", que es proporcionada por las autoridades directivas del hospital, al ingreso al primer año de la especialidad. Dicho documento está formulado en términos de un contrato de adiestramiento, con obligaciones y derechos desglosados en once cláusulas.

No obstante que en los resultados de la encuesta, un 93% de los entrevistados afirmaron conocer tal reglamento, la vaguedad y generalidad en el contenido del documento, permite suponer que dicho conocimiento es superficial y parcial, ya que no contempla aspectos tales como relaciones y derechos sindicales, así como tampoco aspectos

académicos y laborales más específicos.

17) Calificación de aspectos de actividad hospitalaria:

El objetivo de esta pregunta consistía en la evaluación de diversos aspectos de carácter laboral y académico, que se encuentran íntimamente relacionados con el nivel de preparación profesional y nivel de stress derivados de las actividades hospitalarias específicas de cada servicio.

Los resultados se desglosan a continuación: Se utilizaron cuatro opciones posibles para cada apartado; alta, mediana, baja o nula. Se consideró la posibilidad de una o más respuestas para cada inciso.

En el siguiente cuadro se establecen dos divisiones que demarcan aspectos laborales propiamente dichos y aspectos académicos específicamente. Los resultados son autoexplicativos.

	ALTA	MEDIANA	BAJA	NULA
Responsabilidad delegada:	60%	40%		
Nivel de intensidad de trabajo:	50%	40%	10%	
Riesgo profesional:	50%	30%	20%	
Supervisión otorgada:	8%	30%	50%	12%
Oportunidad de aprovechamiento académico diario:	33%	33%	33%	
Oportunidad de capacitación:	8%	50%	32%	10%
Calidad del servicio médico al derechohabiente:	13%	70%	17%	

18) Prestaciones y servicios hospitalarios:

A través de los resultados derivados de esta pregunta, puede apreciarse como las prestaciones y beneficios a que tiene derecho el médico residente por su condición de trabajador sindicalizado, son escasamente aprovechados, ya sea por el desconocimiento real de estas posibilidades, o por la dificultad en el trámite que establecen las autoridades correspondientes, que enmarcan todavía al residente en un status de indefinición del cual ya se ha hablado anteriormente.

En el siguiente cuadro se ejemplifican estos resultados:

Servicios y prestaciones solicitadas.	Autorizados	No autorizados
Prestamos económicos: 3	1	2
Días económicos: 10	10	
Días de incapacidad médico laboral: 10	10	
Habitación en la residencia médica: 14	11	3
Acceso a estacionamiento del hospital: 3		3
Atención médica a familiares: 12	11	1

19) Sanciones y medidas disciplinarias:

Los resultados que se exponen a continuación, representan estadísticamente, un nivel bajo de ocurrencia por parte de las autoridades hacia la adopción de medidas disciplinarias drásticas, sin embargo un análisis más profundo, con una muestra más representativa, podría arrojar resultados contradictorios a los derivados de este estudio.

En el siguiente cuadro se exponen los porcentajes obtenidos:

Suspensiones laborales: 0%
 Guardias de castigo: 20%
 Reportes escritos: 10%
 Extrañamientos verbales: 25%
 Discriminación u obstaculización
 laboral o/y académica: 15%

20) Estructuras jerárquicas por servicios:

Es evidente que los niveles jerárquicos suelen ser diferentes de un servicio a otro. Esto tiene importancia para el rendimiento y eficacia del médico en las actividades hospitalarias, los cuales se basan en la convivencia, solidaridad, colaboración y trabajo en equipo que requiere toda actividad médica.

Las respuestas se exponen a continuación:

	SI	NO
Diferencias jerárquicas basadas en el grado académico:	73%	17%
Autoridad irracional por parte médicos de mayor jerarquía:	60%	40%
Desempeño de actividades correspondientes a médicos de mayor jerarquía:	66%	34%
Ambiente de unidad y colaboración entre personal médico, paramédico y administrativo:	40%	60%

D) VARIABLES ESPECIFICAS; AREA FAMILIAR:

1) Estado civil:

Del grupo encuestado, en relación a su estado civil actual, se encontró que el 50% era casado, el 40% era soltero, un 5% divorciado y otro 5% en unión libre.

La mayor parte de los médicos casados cursaban el último año de la especialidad, y la mayoría de los solteros pertenecían al 1° o 2° año de la residencia. La relación de residentes masculinos casados sobre el sexo femenino era de 2:1.

2) Número de hijos:

Del grupo estudiado, excepción hecha de los solteros de ambos sexos, un 62% tiene actualmente un sólo hijo, un 31% ha procreado dos hijos, y sólo un 7% tiene 3 hijos. No se efectuaron resultados diferenciales entre ambos sexos.

El predominio de las parejas con un sólo hijo, resulta significativo a la luz de un evidente criterio médico sobre la importancia de la planificación familiar, así como a la insuficiente solvencia económica que va aparejada al período de la residencia médica.

3) Profesión u ocupación de la pareja:

De los resultados obtenidos en el grupo de casados de ambos sexos, se observó, que en el 68% la ocupación de la pareja era de nivel universitario, y que de el total de 16 parejas un 37% desarrollaba profesiones relacionadas con el campo médico.

A continuación se especifican dichas actividades:

Medicina general: 4

Pediatría: 1

Fisioterapia: 1

Psicología (licenciatura): 1

Economía " : 1

Diseño " : 1

Magisterio: 1

Comercio: 1

Taquimecanografía: 1

Hogar: 3

4) Sostén económico:

De los 16 entrevistados casados, un 43% afirmó que el sostén económico de su familia no estaba determinado exclusivamente por el mismo, y un 57% respondió que la responsabilidad del gasto familiar era compartida por la pareja u otros familiares (generalmente los padres).

5) Nivel socioeconómico:

En relación a esta pregunta que involucraba al total de la muestra, se encontró que un 86% de los entrevistados, respondieron pertenecer a un nivel socioeconómico medio, ninguno al nivel alto, y sólo un 6% al nivel bajo.

De el grupo de nivel socioeconómico medio (26 médicos), 4 respondieron ser de nivel medio alto, 18 intermedio y 4 medio bajo.

6) Desempeño de actividades laborales adicionales:

Respecto a esta pregunta, la mayoría representando un 86% respondió no dedicarse a ninguna otra actividad laboral, y sólo un 14% a-

firmó desempeñar en forma colateral la consulta particular. (residentes del último año de la especialidad).

7) Organización y distribución del tiempo libre:

Cómo en otra preguntas, en la presente existía la posibilidad de responder más de una opción, encontrándose los resultados de la siguiente forma:

Estudio: 21 respuestas.

Deporte: 19 "

Descanso: 17 "

Familia: 14 "

Actividades culturales: 11 "

E) VARIABLES ESPECIFICAS: CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG.

De los 30 individuos encuestados, se encontraron los siguientes resultados:

El rango inferior de puntaje se encontro en 10 puntos, el rango superior en 47. La media en 27.13, la moda y mediana en 27.

Estableciendo comparaciones con los resultados de pacientes psiquiátricos (12), cuyo diagnóstico se enmarcaba dentro del síndrome depresivo, y a los cuales se les aplicó el CGSG, se encontró que para estos últimos evidenciaba depresión clínicamente significativa estaba por arriba de 35.

En el presente estudio se encontraron siete casos que rebasaron dicho puntaje, coincidiendo en seis de estos casos, con los reportes de depresión clínica del inventario multifásico de la personalidad.

El cuestionario general de salud de Goldberg no posee una calificación estandarizada, y es necesaria su validación a través de otros medios de investigación, utilizándose para tal fin en el presente estudio, el MMPI y el cuestionario semiestructurado de antecedentes académicos y sociofamiliares.

No obstante que el CGSG evalúa aspectos como síntomas somáticos, trastornos del sueño, inadecuación social, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, fueron estos últimos los que predominaron como alteraciones clínicamente significativas y se corroboraron en los resultados del MMPI.

F) VARIABLES ESPECIFICAS: INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

El sistema de codificación de Hataway, permite reportar a través de un listado de números, los resultados obtenidos en las diez diferentes escalas del inventario. Dichos registros pueden considerarse como perfiles de personalidad codificados, que en base a su estudio y análisis individual, pueden traducir una interpretación global o colectiva de un determinado grupo.

En el presente estudio, a través de esta codificación interpretada grupalmente, y considerando la validez representativa de la muestra estudiada, se elaboró un perfil de personalidad del médico residente, el cual se desarrolla conceptualmente a continuación del listado codificado de Hataway.

- 1) '025-9634781'(36)*5:1:15
- 2) 5'294638910-'(33)*7:1:19
- 3) 13'5792468-0'(30)*4:2:13
- 4) 45382196-20'(3')*11:5:28
- 5) '342150687-0'(24)*5:5:20
- 6) 5'6983124-07'(24)*8:6:21
- 7) '9751368-402'(32)*4:3:22 ***
- 8) '253149-8706'(27)*3:4:17
- 9) 5'237814-079'(33)*6:0:21
- 10) '832456791-0(25)*3:7:19
- 11) '2134687-'096(18)*5:5:18
- 12) '256431789-0'(24)*5:1:22
- 13) 72'3158490-6'(26)*8:1:21
- 14) 0'72548-6319'(27)*2:5:13
- 15) '9743815620-'(25)*8:0:26 ***
- 16) '59427681-30'(31)*8:2:23 ***
- 17) '2351-467809'(25)*7:4:12
- 18) '23541-87690'(24)*7:1:21
- 19) 9'850143-263'(23)*8:2:12 ***
- 20) '2543607-1489'(26)*4:5:1
- 21) '23647891-50'(19)*12:3:22 ***
- 22) '05834976-12'(34)*6:0:17
- 23) 1'0285-36749'(34)*5:4:17
- 24) 1'48235670-9'(34)*3:4:25
- 25) '5463478-120'(31)*2:2:21
- 26) 1'48235670-9'(34)*3:2:25

- 27) '124673980(73)*6:3:18
 28) '2534906-187(27)*3:3:12 ***
 29) '483672915-0'(20)*9:1:25
 30) 9'5126347-08'(29)*7:3:16 ***

Perfil codificado del grupo estudiado:

254316789-0'(33)*5:8:22

De los 30 sujetos que participaron en la muestra, 7 casos son clínicamente significativos, siendo siete de ellos trastornos de tipo depresivo (señalados con ***), corroborados a través del CGSQ.

A continuación se desglosa conceptualmente, el perfil de personalidad del grupo estudiado:

EL MEDICO RESIDENTE SE CARACTERIZA POR SER UN INDIVIDUO : FORMAL, SERIO, MODESTO, INDIVIDUALISTA, CON INTERESES ESTETICOS, INSATISFECHO CON EL MEDIO Y CON EL MISMO.

TIENE TENDENCIA A PREOCUPARSE DEMASIADO, ES EMOTIVO Y DE TEMPERAMENTO NERVIOSO.

ES LEVEMENTE DEPRESIVO, PESIMISTA, LO QUE RESULTA DE SITUACIONES TEMPORALES, POR CONFLICTOS O SITUACIONES INSATISFECHAS.

ES SENSIBLE, CON TENDENCIA A APARTARSE DE INTERESES ESTEREOTIPADOS DE LA CULTURA.

SE MUESTRA INDEPENDIENTE, INCONFORME, MANIFIESTA ENERGIA Y GRAN ACTIVIDAD, PRESENTA CIERTA DIFICULTAD EN LA ACEPTACION DE NORMAS SOCIALES.

IV) DISCUSION Y CONCLUSIONES:

De los 472 medicos residentes adscritos al hospital regional "20 de Noviembre", se aplicó a 50 de ellos una serie de cuestionarios (MMPI, CGSG y de antecedentes académicos y sociofamiliares) descritos en el capítulo correspondiente. No obstante, de este número, sólo se recabaron 30 cuestionarios contestados, los cuales conformaron una muestra reducida pero representativa, ya que incluía residentes del primero al quinto año de la especialidad, abarcando áreas clínicas, quirúrgicas y de diagnóstico, y solamente existía desproporción en la composición por sexos.

La falta de cooperación o formalidad para la entrega de los cuestionarios, o bien el temor ante la debilidad psicológica de cualquier persona, y en este caso del médico residente al sentirse evaluado, pueden suponerse como razones para explicar la falta de cooperación en el estudio, en donde significativamente 15 paquetes de cuestionarios de residentes del sexo femenino no fueron entregados, y solo 5 faltaron del sexo masculino.

La muestra estuvo constituida por 21 hombres (70%) y nueve mujeres (30%), con un promedio general de edad de 28.7 años, correspondiendo por su lugar de origen en un 70% a la provincia, y el resto 30% al área metropolitana. De acuerdo a la universidad de procedencia un 56% correspondieron a institutos de provincia, siendo el resto del Distrito Federal y estado de México, destacandose por su número en forma individual la UNAM (11) y la UAG (5).

El médico residente en la muestra, tiene un promedio de 4 años cursados de especialidad, un promedio general de calificaciones durante la carrera de medicina de 8.9.

El 63% desempeña actualmente una especialidad de carácter clínico, el 26% corresponde al área quirúrgica, y sólo un 10% al área de auxilio diagnóstico.

Entendiendo el concepto de personalidad, como la organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo, y considerando que la conformación de esta, depende de elementos tanto biológico hereditarios (temperamento) y vitales dinámicos (carácter), podemos esperar que los correspondientes a este último, estén sujetos a modificaciones variables a través de las etapas psicobiográficas del individuo. (19)

El desarrollo de la personalidad se encuentra condicionado por tres tipos de factores: disposicionales, ambientales y autodeterminativos. Los factores ambientales a su vez, se pueden clasificar en tres agrupaciones: ambiente natural, ambiente cultural y ambiente psicosocial. En el presente trabajo, se pretende estudiar los factores de influencia del ambiente psicosocial, a través de un análisis transversal que corresponde a la etapa definitoria de la formación médica profesional (residencia médica). Los resultados obtenidos y descritos en el capítulo correspondiente, involucran preponderantemente alteraciones significativas en los aspectos afectivos constitutivos de la personalidad.

De los 30 individuos estudiados, se encontraron siete casos con depresión clínicamente significativa. Tal proporción resulta alarmante, si se considerará como una resultante de una etapa experimentada como conflictiva y estresante, como se podría consi-

derar a la residencia médica.

En los últimos años, la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aun, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de Nathan Kline, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. (20)

Si bien es cierto que el 23% de los sujetos estudiados, a los que les fué diagnosticado un tipo de transtorno depresivo, pueden ser resultantes de una etiología endógena, y no tener relación con factores reactivos psicosociales, esta imprecisión obligaría a desarrollar estudios comparativos, considerando que la etapa de formación médica especializada posee características peculiares que determinan estados o condiciones de adaptación, ajuste o alteración en la salud mental del residente. Resultando importante por lo tanto investigar y definir sus características de personalidad y antecedentes sociofamiliares, a fin de lograr los siguientes objetivos:

- 1) Perfeccionar el sistema de selección de acuerdo a critérios psicológicos predeterminados para cada especialidad, y en base a intereses vocacionales de los residentes en el área de su libre elección.
- 2) Optimizar el rendimiento académico y laboral, através de programas propedéuticos de enseñanza teórica y práctica, que permitan el preconocimiento de la especialidad a desarrollar.
- 3) Definición de un perfil profesional integral por servicios y áreas divisionales (normatividad académica).

V) BIBLIOGRAFIA:

- 1) Ortiz Quezada Federico. Vida y muerte del mexicano. Tomo dos Edit. Jus. 1980.
- 2) Lawrence C. Kolb. Cap. 1 Historia de la psiquiatría en: Psiquiatría clínica. 10a. ed. Mex. D.F. Edit. Interamericana 1985.
- 3) Caso Muñoz A. Cap. 1 Antecedentes históricos de las especialidades. Fundamentos de Psiquiatría. 2a ed. Mex. D.F. Edit. Limusa 1982.
- 4) Lain Entralgo Pedro. Cap. 3. Origen de las especialidades. en: Historia de la medicina. 3a ed. Barcelona. Ed. Salvat 1978.
- 5) Lain Entralgo Pedro. Cap. 1 Historia de la medicina moderna y contemporánea. 2a. ed. Barcelona. Edit. científico-médica 1963.
- 6) Ibid.
- 7) Ibid.
- 8) Ortiz Quezada Federico. Vida y muerte del mexicano. Tomo dos Edit. Jus. 1980.
- 9) Manuel Quijano y Luis Flores García-Diego. El examen de selección para residencias de posgrado, análisis y resultados. Gaceta médica de México. Vol. 117 Núm. 8 Agosto 1981.
- 10) Ibid.
- 11) Garfinkel PE; Waring EM. Personality, interests, and emotional disturbance in psychiatric residents. Am. J. Psychiatry 1981. Ene; 138 (1):51-5.

- 12) Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. J Gen. Intern Med. 1986 Jul-Ago.; 1(4):252-7.
- 13) Di Tomasso RA; DeLauro JP; Carter ST Jr. Factors influencing program selection among family practice residents. J Med. Educ. 1983 Jul;58 (7): 527-533.
- 14) Nuñez R. Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad MMPI a la psicopatología, 2a edición, México D.F. Edit. el Manual Moderno 1979.
- 15) Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan. Cap. 10, Diagnóstico y Psiquiatría en Compendio de Psiquiatría. Barcelona, 3a ed. Editorial Salvat 1981.
- 16) W. Mayer Gross. Diagnóstico y diagnóstico diferencial cap. 1 en Psiquiatría clínica, 2a ed. Buenos Aires Argentina. Edit. Paidós. 1974.
- 17) Ezban Miriam. Sensibilidad del cuestionario general de salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. Revista de Salud mental. Vol. 7 num. 3 Otoño de 1984.
- 18) Yogev S; Harris S. Women physicians during residency years: workload, work satisfaction and self concept. Soc. Sci. Med.1983; 17 (12):837-841.
- X) Ford CV; Wentz DK. The internship year: a study of sleep, mood states and psychophysiological parameters. South Med. J. 1984 Nov; 77 (11): 1435-42.
- X) Clark DC; Salazar-Grueso E. Predictors of depression during the first 6 months of internship. Am. J. psychiatry 1984 Sep;141 (9):1095-8.

- X) Winer JA; Ferrono C. Residency training and emotional problems of physicians. imj 1984 Jul;166 (1):23-26.
- X) Dubovsky SL; Schrier RW. The mystique of medical training. JAMA 1983 Dic. 9;250(22):3057-3058.
- X) Potter RL. Resident, woman, wife, mother: issues for women in training. J. Am. Med. Wom. Assoc. 1983 Jul-Ago; 38 (4):98-102.
- X) Kelner M.; Rosenthal C. Postgraduate medical training: stress, and marriage. Can J. Psychiatry 1986 Feb;31 (1):22-4.
- X) Frank J. Career preferences under conditions of medical unemployment. The case of interns in México. Med. care 1985 Abr.;23 (4) 320-332.
- X) O'Brien AA; Kallisz M.; Borsook C. A psychological assessment of male and female doctors and the effect of the intern year on their personalities. Ir. Med. J. 1985 Dic;78 (12):353-355.
- X) Rotbart HA, Nelson WL; Krantz J. The developmental process of residency education. Issues of stress and happiness. Am. J. Dis. Child 1985 Ago;139 (8): 762-765.
- X) Schneeweiss R, Bergman J, Clayton J. Characteristics of the residency interview process preferred by medical student applicants. J. Fam. Pract. 1982 Oct; 15 (4): 669-672.
- X) Berg JK; Garrard J. Psychosocial support of residents in family practice programs. J. Fam. prat. 1980 Nov;11 (6):915-920.
- X) Frey J; Demick J; Bibace R. Variations in physicians feelings of control during a family practice residency. J. Med. Educ. 1981 Ene. 56 (1): 50-56.
- X) Merkel WT; Walbroehl GS. The annual third-year resident rampage: a separation crisis of manageable proportions. J. Med. Educ. 1980 Abr;55 (4): 356-367.

ESTE TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

- X) Mc Cue, J.D. The distress of internship. Causes and prevention.
New Eng. J. Med. 312:449-452. 1985.
- X) Morrow C.K. Doctors helping doctors. The Hastings center report.
32-38 Dic 1984.
- 19) Alonso Fernandez F. Cap. XV Concepto y desarrollo de la personalidad. en: Compendio de Psiquiatría. 1a ed. Madrid España. Editorial Oteo. 1978.
- 20) Calderón Narváez Guillermo. Cap. 2 Aspectos epidemiológicos de la depresión. en: Depresión , causas, manifestaciones y tratamiento. 1a ed. México D.F. Editorial Trillas. 1984.