



---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"GUSTAVO A. MADERO", MÉXICO D.F

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES  
EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

PRESENTA:

DRA. ANGELINA GARCÍA VITE



Registro 107.2007

JUNIO DE 2007



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.

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

PRESENTA:  
DRA. ANGELINA GARCÍA VITE

AUTORIZACIONES

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR

PROFESORA TITULAR  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO  
ISSSTE, MÉXICO, D.F

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

PRESENTA:

DRA. ANGELINA GARCÍA VITE

AUTORIZACIONES

ASESORES:

DRA. BLANCA VALADÉS RIVAS

MÉDICO FAMILIAR CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

GUSTAVO A. MADERO ISSSTE MÉXICO, D.F

TERAPEUTA FAMILIAR DEL INSTITUTO DE ENTRENAMIENTO E  
INVESTIGACIÓN. PSICOTERAPIA DE PAREJA Y FAMILIA.

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS

PROFESOR TITULAR "A", T.C.

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

PRESENTA:

DRA. ANGELINA GARCÍA VITE

AUTORIDADES DE LA  
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE

DRA. SARA MARTÍNEZ ORIHUELA  
DIRECTORA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO  
ISSSTE, MÉXICO, D.F

DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO  
ISSSTE, MÉXICO, D.F

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

PRESENTA:

DRA. ANGELINA GARCÍA VITE

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

*“Creo en verdad que mi sentir y mi manera de ser como médico tomaron rumbo y se encausaron desde que entré a la especialidad de Medicina Familiar. Fue como encontrar una luz en la oscuridad de un camino recorrido tantas veces por la inercia, iluminar el corazón y la mente, haciéndoles saber que lo correcto está por venir”*

*Angelina García Vite*

## AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, por estar siempre a mi lado, apoyándome y haciéndome cada día más fuerte.

Por haberme dado la fortaleza necesaria para superarme, para cada día desear ser mejor, con la responsabilidad y la alegría de hacer lo que realmente me satisface.

A mi hermano, por haber sido mi compañero de juegos, de alegrías y desventuras, por su disposición para ayudarme, por su cariño.

A mis abuelos, mis tíos y mis primos, por los espacios, por los silencios, por las ausencias disculpadas, por sus palabras, por su comprensión, su afecto y las muestras de cariño y orgullo.

A todos aquellos que algo han tenido que ver en mi formación personal y profesional.

## DEDICATORIAS:

Este trabajo que representa para mi la culminación del aprendizaje y las experiencias como residente, y al mismo tiempo me abre las puertas de la medicina familiar, como la especialidad que más se acerca a mis objetivos de vida y a lo que me hace feliz, está dedicado a todos aquellos médicos familiares que conocí a lo largo de este período de preparación.

A la Dra. Laura Elena Sánchez Escobar, por su pasión y entrega a la Medicina Familiar, por darla a conocer a sus alumnos sin menoscabo, por enseñarme a defender mi especialidad a capa y espada.

A la Dra. Blanca Valadés Rivas, por su sencillez y disposición para escuchar, hablar y entender, por compartir sus conocimientos conmigo.

A la Dra. Silvia Munguía Lozano, por dar optimismo y objetividad a lo aprendido, por escuchar y por las palabras de aliento que siempre da.

Al Dr. Luis Beltrán Lagunes, por su apoyo incondicional.

Al Dr. Raúl E. Ponce Rosas, por sus conocimientos y la exigencia en siempre tratar de hacer lo mejor posible.

Al Dr. Rubén Quiroz Pérez, por su interés y sabiduría. Por su tiempo para escuchar, para atender y para reflexionar. ¡Gracias por todo!

### AGRADECIMIENTO ESPECIAL.

Al grupo de terapeutas familiares que colaboró en el trabajo para obtener la validez de contenido necesaria del instrumento propuesto.

Lic. Miguel Velázquez Ríos, Lic. Teresa Islas Piedras, Dra. Blanca Valadés Rivas, Dr. Rubén Quiroz Pérez, Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández.

Gracias por su tiempo, sus observaciones, su disposición y colaboración.

### **AGRADECIMIENTO ESPECIAL:**

**A la Dra. Silvia Landgrave, por su disposición y su tiempo, por darme la mano para iniciar conmigo el camino de la investigación.**

**Por escucharme, por entenderme y por haberme dado la facilidad de expresar mis pensamientos, mis ideas y mis objetivos al realizar el presente trabajo.**

**Por ser compañera, amiga y confidente, más que profesora o guía.**

## ÍNDICE

|  | Página |
|--|--------|
| <b>1. MARCO TEÓRICO</b>  |        |
| 1.1. Antecedentes  | 1      |
| 1.2. CRISIS  | 10     |
| 1.2.1. Definición de crisis  | 10     |
| 1.2.2. Clasificación de las crisis   | 10     |
| 1.2.3. Teorías sobre las crisis  | 13     |
| 1.2.4. Factores de riesgo  | 20     |
| 1.2.5. Escalas para evaluación de crisis   | 20     |
| 1.2.6. Escala de Holmes  | 21     |
| 1.2.7. Observaciones sobre la escala de Holmes                                       | 26     |
| 1.2.8. Otras escalas   | 27     |
| 1.2.9. Manifestaciones de las crisis   | 28     |
| 1.2.10. Resolución de las crisis   | 29     |
| 1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA  | 31     |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN   | 35     |
| 1.5. OBJETIVO GENERAL  | 36     |
| 1.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | 37     |
| <b>2. MATERIAL Y MÉTODOS.</b>  |        |
| 2.1. Tipo de estudio   | 37     |
| 2.2. Diseño de investigación del estudio   | 38     |
| 2.3. Población, lugar y tiempo   | 40     |
| 2.4. Muestra   | 40     |
| 2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación                                 | 40     |
| 2.6. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE VALIDACIÓN   |        |
| 2.6.1. Concepto y tipos de validez   | 41     |
| 2.6.2. Identificación de los constructos teóricos para el desarrollo del instrumento | 43     |
| 2.6.3. Proceso de validación de contenido  | 44     |
| 2.6.3.1. Integración del comité de expertos  | 44     |
| 2.6.3.1.1. Objetivos del instrumento   | 47     |
| 2.6.3.2. Etapas para el diseño y creación del instrumento                            | 48     |
| 2.6.3.2.1. Propuesta inicial   | 48     |
| 2.6.3.2.2. Propuesta modificada versión 1  | 51     |
| 2.6.3.2.3. Propuesta modificada versión 2  | 52     |
| 2.6.3.2.4. Propuesta modificada versión 3  | 53     |
| 2.6.3.3. Escala de puntuación  | 56     |
| 2.6.3.4. Escala de evaluación e interpretación                                       | 59     |
| 2.6.3.5. Integración de las preguntas según los objetivos del instrumento            | 60     |
| 2.6.4. Prueba piloto   | 61     |
| 2.6.5. Integración y diseño final del instrumento                                    | 61     |
| 2.7. Variables   | 62     |
| 2.8. Definición conceptual y operativa de las variables                              | 67     |
| 2.9. Diseño estadístico  | 70     |
| 2.10. Consideraciones éticas, declaración de Helsinki, Ley General de Salud          | 70     |
| 2.11. Método de recolección de datos   | 78     |
| 2.12. Maniobras para evitar o controlar sesgos                                       | 80     |
| 2.13. Procedimientos estadísticos  | 81     |
| 2.14. Cronograma   | 81     |
| 2.15. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio             | 81     |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| <b>3.</b> | <b>RESULTADOS.</b>   |     |
| 3.1       | Edad   | 82  |
| 3.2       | Sexo   | 82  |
| 3.3       | Estado civil   | 82  |
| 3.4       | Religión   | 82  |
| 3.5       | Lugar de residencia  | 83  |
| 3.6       | Sede académica   | 83  |
| 3.7       | Grado académico  | 83  |
| 3.8       | Integrantes de la familia  | 84  |
| 3.9       | Tipo de familia  | 84  |
| 3.10      | Etapa del ciclo vital  | 84  |
| 3.11      | Sección I. Expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica.                                    | 85  |
| 3.12      | Sección II. Satisfacción y sentimientos.   | 85  |
| 3.13      | Sección III. Eventos trascendentes.  | 88  |
| 3.14      | Sección IV. Manifestaciones físicas.   | 88  |
| 3.15      | Sección V. Cambios en hábitos y actividades cotidianas.  | 89  |
| 3.16      | Sección VI. Otras.   | 90  |
| 3.17      | Resultados del puntaje asignado  | 91  |
| 3.18      | Resultados de interpretación de la escala  | 91  |
| 3.19      | Presencia o ausencia de crisis según sede académica  | 91  |
| 3.20      | Presencia o ausencia de crisis según el grado académico  | 92  |
| 3.21      | Resultados de la magnitud de la asociación   | 92  |
| 3.21.1    | Magnitud de la asociación según secciones  | 92  |
| 3.21.2    | Magnitud de la asociación entre la identificación de crisis por el instrumento y las enumeradas por los residentes                 | 95  |
| 3.21.3    | Magnitud de la asociación entre la presencia de crisis y el género   | 96  |
| 3.21.4    | Magnitud de la asociación entre la presencia de crisis y el estado civil   | 96  |
| 3.21.5    | Magnitud de la asociación entre la presencia de crisis y la contribución de la residencia en medicina familiar para identificarlas | 97  |
| 3.22      | Clasificación de las crisis  | 97  |
| <b>4.</b> | <b>DISCUSIÓN</b>   | 98  |
| <b>5.</b> | <b>CONCLUSIONES</b>  | 105 |
| <b>6.</b> | <b>REFERENCIAS</b>   | 106 |
| <b>7.</b> | <b>ANEXOS.</b>   |     |
| 7.1       | ANEXO 1. Instrumento   | 109 |
| 7.2       | ANEXO 2. Consentimiento de participación voluntaria  | 112 |
| 7.3       | ANEXO 3. Propuesta inicial   | 113 |
| 7.4       | ANEXO 4. Propuesta modificada versión 1  | 118 |
| 7.5       | ANEXO 5. Propuesta modificada versión 2  | 122 |
| 7.6       | ANEXO 6. Propuesta modificada versión 3  | 126 |
| 7.7       | ANEXO 7. Escala de puntuación  | 129 |
| 7.8       | ANEXO 8. Propuesta final   | 132 |
| 7.9       | ANEXO 9. Oficio de presentación  | 135 |
| 7.10      | ANEXO 10. Validez del instrumento  | 136 |
| 7.11      | ANEXO 11. Registro del protocolo de investigación  | 137 |
| 7.12      | ANEXO 12. Cronograma   | 138 |

## **RESUMEN.**

**Objetivos:** Realizar la validación de contenido de un proceso de medición que identifique crisis personales y familiares en médicos residentes. Identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de cuatro sedes académicas (ISSSTE) del curso de especialización en medicina familiar.

**Diseño:** Observacional, descriptivo y transversal.

**Material y métodos:** Población de referencia constituida por los residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar (CUEMF) de las cuatro sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal. Muestra no aleatoria, representativa del CUEMF del ISSSTE en el Distrito Federal.

Se realizó la validez de contenido por expertos, lo que incluyó un comité de cinco terapeutas familiares, para concluir en un instrumento que identificara crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, el cual constó de seis secciones encaminadas a explorar las distintas áreas que se pueden afectar cuando se presentan crisis personales o familiares en un individuo.

Dicho instrumento se aplicó en un periodo de Diciembre de 2006 a Enero de 2007, en 51 residentes.

**Resultados:** Se obtuvo la validez de contenido de un instrumento que identifica crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar. De acuerdo a la escala propuesta, se identificaron 19.6% de los residentes sin crisis y 80.4% con crisis. Encontrando los mayores porcentajes por sede en la CMF Gustavo A. Madero (93.8% de los residentes) y por grado en los residentes de primer año en un 92.9%. Se encontró una correlación considerable entre la satisfacción y sentimientos experimentados con la presencia de crisis.

87.8% de las crisis encontradas fueron no normativas (de acuerdo al ciclo vital) y 61% por desmoralización (según la OMS).

92.7% de los residentes identificados con crisis se encontraban en la etapa VI de Eric Erikson.

**Conclusiones:** De acuerdo a la edad de los residentes evaluados y el tipo de familia a la que pertenecen, en general, se encontraron de acuerdo a su ciclo vital familiar e individual, así como a las etapas de Eric Erikson, coincidiendo su momento de vida con las etapas de su ciclo familiar y las expectativas de las etapas del desarrollo psicosocial, incluyendo las posibles causas de crisis.

**Palabras clave:** Crisis. Crisis personales y familiares. Validez. Validez de contenido. Residentes de medicina familiar.

## **SUMMARY.**

**Objectives:** To make the validation of content of a measurement process that identifies personal and familiar crises in resident doctors. To identify personal and familiar crises in resident doctors of four academic seats (ISSSTE) of the specialization courses in familiar medicine.

**Design:** Observacional, descriptive and cross-sectional.

**Material and methods:** Population of reference constituted by the residents of the three degrees of the specialization courses in familiar medicine (CUEMF) of the four academic seats of the ISSSTE in the Federal District. Nonrandom, representative sample of the CUEMF of the ISSSTE in the Federal District.

The validity of content by experts was made, which included a committee of five familiar therapists, to conclude in an instrument that identified personal and familiar crises in resident familiar medicine doctors, which consisted of six directed sections to explore the different areas that can be affected when personal or familiar crises in an individual appear. This instrument was applied in a period of December of 2006 to January of 2007, in 51 residents.

**Results:** The validity of content of an instrument was obtained that identifies personal and familiar crises in resident familiar medicine doctors. According to the propose scale, 19.6% of the residents without crisis and 80.4% with crisis were identified. Finding the greater percentage by seat in the CMF Gustavo A. Madero (93.8% of the residents) and by degree in the residents of first year in 92.9%. One was a considerable correlation between the satisfaction and feelings experienced with the crisis presence.

87.8% of the found crises were nonnormative (according to the vital cycle) and 61% by demoralization (according to the WHO).

92.7% of the residents identified with crisis were in the stage VI of Eric Erikson.

**Conclusions:** According to the age of the evaluated residents and the type of family to whom they belong, in general, they were according to his familiar and individual vital cycle, as well as to the stages of Eric Erikson, agreeing his moment of life with the stages of his familiar cycle and the expectations of the stages of the psycho-social development, including the possible causes of crisis.

**Key words:** Crisis. Personal and familiar crises. Validity. Validity of content. Familiar medicine residents.

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES.

Una de las primeras referencias históricas que asumen la concepción sistémica e integral del hombre y que hace énfasis en la importancia tanto de la psiquis (mente) como del cuerpo (soma), es la que expresó Sócrates 400 años antes de nuestra era: "Así como no pueden curarse los ojos sin atender la cabeza, ni puede curarse la cabeza sin atender el cuerpo, tampoco puede curarse el cuerpo sin atender el alma"<sup>1</sup>.

La profesión médica como tal, como se conoce hoy en día, solo existe desde el siglo XIX. Antes de esta época la sociedad era atendida por una variedad de "curanderos, chamanes o brujos", algunos eran médicos. En Norteamérica las necesidades de salud eran cubiertas por una gran variedad de clínicos, dentro de los cuales solo se incluían unos pocos médicos que se formaban en Europa, puesto que en los Estados Unidos no existían facultades de medicina. Esto condujo a que todos los clínicos empíricos o no, practicaran como médicos generales, tal como el concepto que se tiene en la actualidad. Es así como en el siglo XVIII nació la Medicina General en América<sup>1</sup>.

Simultáneamente en Inglaterra se producían los mismos acontecimientos en relación a la evolución de la práctica médica. Para comienzos del siglo XIX había mejorado sustancialmente el estatus de los cirujanos y los boticarios. Los primeros habían mejorado su formación quirúrgica y combinaban el entrenamiento hospitalario con el aprendizaje práctico; a los segundos se les otorgó en 1815 el reconocimiento legal para suministrar consejo médico además de dispensar fármacos. Este reconocimiento los obligaba a realizar durante cinco años un aprendizaje y evaluación de anatomía, fisiología, materia médica y prácticas de medicina<sup>1</sup>.

Los cirujanos y los boticarios terminaron por integrarse con los médicos después de un largo proceso, lo que constituyó finalmente la moderna profesión médica del siglo XIX.

Ian McWhinney, eminente representante de la medicina familiar de estos tiempos y profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario (Estados Unidos), muestra la relevancia de estos sucesos históricos mediante las siguientes reflexiones<sup>1</sup>:

♦ Si la profesión deja de atender una necesidad pública, la sociedad encontrará alguna forma de cubrirla, si es necesario incluso recurriendo a un grupo fuera de la profesión.

♦ Las profesiones evolucionan en respuesta a las presiones sociales, a veces de una forma que entra en conflicto con las intenciones expresadas por los miembros de las mismas.

Tanto en América del Norte como en Europa, el siglo XIX fue la era del médico general. Durante la primera mitad del siglo XX se produjo el surgimiento de las principales especialidades médicas con programas bien definidos y con examen de cualificación. Estas especialidades estaban concentradas en los grandes hospitales, en donde se había generado un gran desarrollo de los conocimientos de carácter académico.

Después de la segunda guerra mundial se inició una gran explosión tecnológica e informática, que impulsó la aparición de la superespecialización. Esto trajo como consecuencia la orientación de los médicos cada vez más marcada hacia el mecanicismo, pero a su vez cada vez más alejada "de la persona". Las especialidades y subespecialidades fueron adquiriendo progresivamente un mayor prestigio, lo que de alguna manera colocó las habilidades técnicas de este tipo de profesionales por encima de los cuidados personales que pudieron proporcionarles a sus pacientes. Estos factores hicieron que la medicina general perdiera en forma vertiginosa su estatus y popularidad, hasta llevarla a una fase de casi desaparición<sup>1</sup>.

Como consecuencia lógica de este nuevo tipo de atención tan especializada, se produjo una serie de efectos indeseables como la fragmentación de la atención del individuo, la despersonalización, la lucha de territorios propios de cada especialidad, la desintegración de la asistencia médica y la deshumanización entre otros.

Estos efectos indeseables dieron origen a la reformulación de la medicina general, que se dio en forma simultánea en Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos a partir de los años sesenta. En este último país, los planificadores de la salud y la población en general, censuraron duramente la despersonalización de la atención médica, la fragmentación del ser humano y la alta dependencia de la tecnología.

En Estados Unidos la atención médica se caracterizaba por su agresividad, su enfoque mecanicista, su orientación por problemas y por hacer énfasis en "vencer" la enfermedad.

Los representantes de la medicina general de Norteamérica comenzaron a promover una solución para invertir esta tendencia en la forma de atención y terminar con la carencia de médicos generales, exigiendo junto con la población, la creación de un nuevo médico especializado en "atención sanitaria personalizada": el médico de familia<sup>1</sup>.

En forma contrastante con el manejo agresivo, el concepto de "medicina de familia" defendía una atención sanitaria longitudinal, que permitiese tanto al médico como al paciente comprender la naturaleza de la enfermedad y compartir las decisiones que se debían tomar. Igualmente promovía el abordaje humanista al lado del progreso de las nuevas tecnologías.

La medicina de familia hacía énfasis en la atención integral de la persona y de la familia, más que en una visión estrecha y exclusiva de la enfermedad como problema; de la misma manera defendía el mejoramiento de la calidad de vida.

La medicina familiar surge como una necesidad ante la superespecialización y la deshumanización de la medicina, como ya se mencionaba anteriormente, paradójicamente es una especialidad para

abatir los efectos adversos de la superespecialización de otras ramas de la medicina.

La práctica de la medicina familiar es una empresa construida alrededor de las relaciones de las personas con su médico, dice Hennen, referido por Ceitlin<sup>2</sup>, y esas relaciones se edifican a lo largo del tiempo alrededor de la continuidad de la atención.

La medicina familiar surge como una necesidad mundial y no meramente local, es decir, surge en Europa, América del Norte, América Latina, en fin, surge en México de igual manera que en otros sitios independientemente de su desarrollo tecnológico y económico.

La medicina de familia en México se inició en 1972 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la reconoce como especialidad en 1975, en este año es importante resaltar que la UNAM crea el primer departamento de medicina familiar en toda Latinoamérica; sin embargo, no fue sino hasta 1978 que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como institución, firma un convenio con la UNAM, para implementar esta disciplina como especialidad, teniendo como sedes algunas de sus clínicas, las cuales debían reunir ciertas características. Estas clínicas desde un principio funcionaron apegadas a un programa específicamente elaborado y encaminado a la formación de recursos humanos en salud con el perfil de medicina familiar y otorgar educación médica continua a los médicos generales familiares. Así, en 1980 inicia de manera formal el primer curso de especialización en medicina familiar, en el ISSSTE, teniendo como primer sede la Clínica de Medicina Familiar (C.M.F.) “Dr. Ignacio Chávez”, y el Hospital “López Mateos” como unidad de rotación hospitalaria. Es así como surge la residencia en medicina familiar en esta Institución. De la misma manera, en la propia evolución y progreso de esta especialidad en el Instituto y en el país, surgieron otras sedes, como la C.M.F. Oriente, Marina Nacional, Gustavo A. Madero, Valle de Aragón, Aragón y Narvarte.

El médico familiar como tal, cubre las expectativas y necesidades a nivel mundial, específicamente las necesidades particulares del paciente como

persona, como individuo, y es así, como el médico familiar tiene el deber de cubrir ciertas características como humano y como médico para la satisfacción de sus pacientes de una manera integral.

Se puede afirmar con certeza que la medicina familiar surgió como respuesta a una necesidad social. Según lo describió el sociólogo Naisbitt, referido por Ceitlin<sup>2</sup>, su aparición expresa una megatendencia de la sociedad, la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que lo envuelve. Pero coincide también con un cambio de paradigma de la ciencia que pasa de un enfoque reduccionista a uno sistémico y, de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial. En las postrimerías del siglo XX nuevamente las instituciones de salud se enfrentan a un profundo cambio en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud que consiste en poner el acento en la organización de servicios de atención primaria de alta calidad en los cuales juega un papel preponderante un nuevo tipo de recurso humano: el médico de familia<sup>2</sup>. Es la atención que llevará de la mano la atención de la salud del siglo XXI.

El profesional de la salud que desee ser médico familiar, debe primero tomar conciencia de que es una persona, un ser humano, compuesto por una mezcla de sentimientos, ideas, ideales, metas, anhelos, ilusiones, conocimientos, fe, que lo hacen un ser especial en esta vida y cuyos objetivos de existencia y satisfacción están basados en su entorno particular, familiar y social. Sin embargo, aunado a esto, un buen médico familiar debe poseer una característica adicional, que es la preocupación por el prójimo, la empatía y la autorreflexión sobre el papel clave que representa al entrar en este ámbito de la medicina familiar.

Para poder trabajar en pro de la comunidad, primero hay que conocerla y quererla, si es posible, amarla. Así es como se entiende el arte de hacer medicina y ayudar a los demás. Cabe mencionar a Paracelso, cuando dice: “El más hondo fundamento de la medicina es el amor... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán sus frutos, pues el amor es lo que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico”.

Cuando se conoce a los pacientes, se les escucha y se preocupa por ellos, todo lo demás, viene solo. Es decir, cuando estos motivos se arraigan en el corazón del médico familiar, se convierte en efector de múltiples actividades que siempre irán en pro de la salud y beneficio de los pacientes, entendiéndolos como individuos, como parte de una comunidad, una sociedad y toda una humanidad que cada día pide a gritos seres humanos capaces de desarrollar una visión holística encaminada a promover una superación universal.

Es así como Ian McWhinney<sup>3</sup> describe nueve principios, de los cuales ninguno es único ni particular de la medicina familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo, un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas que se identifica como diferente de otras disciplinas. Esta visión distinta del mundo es crucial en este tiempo de fragmentación y burocratización del cuidado de la enfermedad y las causas de muerte de la gente<sup>3</sup>. Brevemente, dichos principios se enumeran como sigue:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con el cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.

2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.

3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

4. El médico de familia ve a sus pacientes en su práctica como una "población en riesgo".

5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.

6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.

8. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

9. El médico de familia es un gerente de los recursos.

Por otro lado, estas características descritas para el médico familiar, muchas veces son innatas y la especialidad solo encausa de manera favorable esta intuición, percepción y preocupación por el otro. Los aspectos psicológicos, sociales, culturales y el entorno global del paciente poseen gran relevancia en cuanto a la aparición de patología en el individuo.

Este perfil del médico familiar conlleva una sólida formación clínica que le permita prestar una atención al individuo efectiva y eficiente, y en la cual la relación médico-paciente ocupe un lugar privilegiado en la práctica diaria<sup>4</sup>.

El médico familiar es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo como generador de enfermedades y de conductas de salud erróneas. Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad<sup>4</sup>.

Solo reuniendo estas características de personalidad y sentir, el médico encontrará sencillo dar óptimo seguimiento de los tecnicismos y cada rubro especificado como ideal en un médico familiar. Así, la medicina familiar como disciplina se sustenta en cuatro pilares –Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes- que son simultáneamente apoyo y norte de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de los valores y estrategias de actuación; son combustible y engranaje que permiten el funcionamiento de lo que con

expresión feliz se ha denominado idealismo práctico de la medicina de familia. Un idealismo hecho realidad que encuentra en la persona – paciente, alumno y médico que se auto construye con sabiduría humanista- su punto de convergencia. El humanismo no es privilegio de la medicina de familia, ni ésta reclama el monopolio de la humanización, debe ser practicada por todos los médicos y transmitida a los estudiantes, profesionales del futuro<sup>5</sup>.

Si bien se entiende que el médico es un ser humano, y por tal motivo, comprende y ayuda a sus pacientes, también es necesario entender que como tal, es un absoluto, es decir, un ser compuesto de sentimiento, alma, corazón, intuición, carácter y personalidad que pueden combinarse constantemente hasta llegar a hacerlo predominantemente amable, bueno, irritable, voluble, histriónico, etcétera. Con esto, es imperioso reconocer que al igual que sus pacientes el médico pertenece a una familia, a una comunidad y a toda una sociedad, que como tales, viven, evolucionan y se desarrollan, tal vez pasando por las mismas etapas que en algún momento pasaron, pasan o pasarán sus pacientes.

La práctica de la medicina familiar es diferente, la relación médico-paciente-familia, es un punto clave en ella. En esta disciplina es esencial obtener datos claros del paciente, su entorno y el apoyo social que recibe, tener esta información en la historia clínica es muy importante para poder compartirla y otorgar cuidados a todos los integrantes de tal núcleo. De ahí la elaboración de mapas familiares (elemento fundamental de la historia clínica familiar) echando mano del genograma, el círculo y la línea familiar<sup>14</sup>.

Así, dentro de las herramientas más utilizadas por el médico familiar para el estudio de los pacientes y su núcleo social, se encuentra el genograma, principalmente, como instrumento para recolectar y almacenar datos que dan una retroalimentación gráfica inmediata, permitiendo una rápida interpretación. Con esta información se pueden explorar hechos biomédicos, genéticos, conductuales, sociales, así como las interrelaciones entre los integrantes del grupo<sup>13</sup>.

El genograma es una herramienta de aproximación diagnóstica para la resolución de problemas, tanto individuales como familiares; es el mapa

de las relaciones biológicas, legales y de convivencia en la misma vivienda, de la familia de una persona. Normalmente, incluirá 3 o 4 generaciones familiares<sup>14</sup> y una vez que está completado, permanece relativamente estable y pequeños añadidos pueden incorporarse en las entrevistas posteriores.

Como señaló Cormack, referido por De la Revilla<sup>15</sup>, el genograma es un “retrato familiar” que aporta información importante acerca de aquellos miembros que no suelen acudir a la consulta o que, por su prolongada ausencia, resulta difícil de recordar<sup>15</sup>. También se puede considerar como un excelente sistema de registro, donde no solo se encuentra información sobre aspectos demográficos, edad, sexo, tipología familiar, sino que también ilustra sobre su ciclo vital, acontecimientos vitales, relaciones afectivas y recursos.

El genograma es un instrumento muy valioso para el médico familiar, es la pieza clave y fundamental para orientar al médico en cuanto a su paciente, la ubicación del mismo dentro de una familia, sus interrelaciones y su entorno biológico, psicológico y social, así como la descripción de la incidencia y prevalencia de entidades patológicas que se presentan a lo largo de varias generaciones de dicha familia. De igual manera, es el velo a descubrir poco a poco, con cada entrevista individual y familiar, para dejar al descubierto eventos psicológicos, sociales o emocionales “ocultos” en cada uno de los miembros.

El genograma ofrece una valiosa oportunidad para obtener más fácilmente, el historial familiar médico y social de los pacientes y, para ampliar la comprensión del médico familiar sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en la cual ocurre<sup>16</sup>.

Así, comprendiendo el desarrollo y evolución de los pacientes en su entorno familiar, psicológico y social, el médico familiar podrá vislumbrar sus propios aspectos de desarrollo y las crisis propias de los mismos.

Sin embargo, para poder hablar de crisis y la manera en que el ser humano las enfrenta, primero se deben definir y clasificar.

## 1.2 CRISIS.

### 1.2.1. DEFINICION DE CRISIS.

La palabra crisis proviene del griego crisis que significa decisión, a su vez de *krineín* que conlleva separación y elección<sup>10</sup>. Así, crisis conlleva un aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar.

La lengua china escribe la palabra crisis utilizando los dos caracteres “peligro” y “suerte”. Por consiguiente, simultáneamente es una amenaza y una ocasión de cambiar<sup>11</sup>.

Desde 1969, Salvador Minuchin (referido por Camdessus)<sup>11</sup> había destacado este aspecto paradójico de la crisis. La cual se define como una situación que presenta elementos tan poco habituales (de ahí, el peligro) que el individuo (o el sistema) se ve obligado a transformarse para afrontar esta situación. Por esta razón, la ocasión de un cambio es inherente a la crisis. La crisis, precisa Minuchin, es diferente de una situación de urgencia. La urgencia puede obligar a una movilización extraordinaria de recursos, pero no exige un cambio. Una urgencia, a diferencia de una crisis, puede afrontarse con los métodos y recursos habituales, incluso aunque sea con una intensidad muy distinta, teniendo en cuenta la situación.

### 1.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS.

No hay familia que en su desarrollo como grupo social esté exenta de momentos que producen alteraciones en la dinámica de las relaciones personales. Las crisis familiares representan el final del viejo sistema familiar, emergiendo nuevas formas de interacción<sup>9</sup>.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, transiciones entre una etapa y otra, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis. Todo evento, circunstancia o nuevo rol, al que tenga que enfrentarse la familia, constituye una crisis porque implica un cambio en el estilo de vida y las

actitudes de cada uno de los miembros; no siempre deben tener un carácter negativo<sup>6</sup>.

Las acepciones del término de crisis como catástrofe, disrupción o destrucción hacen énfasis en su aspecto negativo. Por otro lado, otras como maduración, desarrollo y crecimiento, están más enfocadas al valor positivo de las mismas.

El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de la disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta<sup>9</sup>.

En los períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva<sup>9</sup>.

Las crisis evolutivas están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los ajustes, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis se cambian viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, en el desempeño de nuevas funciones de sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individualización y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia<sup>9</sup>.

Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar, la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares<sup>9</sup>.

Las crisis de desarrollo o evolutivas, también son denominadas normativas o transitorias, utilizando el término "transitoria", como señala Pérez C. en el artículo de González<sup>9</sup>, en un sentido cinético y no en el sentido temporal de la palabra, esto es: una crisis es transitoria en

función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis.

Caplan (según Raffo)<sup>7</sup> definió la crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales, que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un período de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las crisis familiares en cuatro grupos, como lo describe De la Revilla<sup>15</sup> y se muestra en el cuadro 1.

**CUADRO 1**  
**CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS SEGÚN LA OMS**

|   |  |
|---|--|
| Desmembración.                                | Muerte de un hijo, el cónyuge o uno de los padres.<br>Hospitalización del cónyuge<br>Separación por guerra   |
| Incremento.                                   | Embarazo no deseado<br>Regreso del miembro que abandonó la familia<br>Regreso del padrastro o la madrastra<br>Reuniones en tiempo de guerra<br>Algunas adopciones, llegada de abuelos ancianos |
| Desmoralización.                              | Falta de sostén<br>Infidelidad<br>Alcoholismo<br>Drogodependencia<br>Delincuencia y acontecimientos deshonorosos   |
| Desmoralización y desmembración o incremento. | Ilegitimidad<br>Fugas<br>Abandono, divorcio<br>Encarcelamiento<br>Suicidio u homicidio<br>Ingreso en instituciones por enfermedad mental o retraso mental                                      |

Fuente: De la Revilla. Acontecimientos vitales estresantes. En: De la Revilla NL, Bailón ME, Caballero FF, Fernández AG, Fleitas CL, Jover CI, et al. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, España:Doyma;1994. p.71-78.

Los eventos que pueden desencadenar las crisis paranormativas o no normativas o no temporales, se describen como de desmembramiento, que constituyen separación de algún miembro y que ocasionan una crisis por la pérdida familiar; eventos de incremento, en los que se provocan a causa de la incorporación de miembros en la familia, eventos de

desmoralización por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia, así como de desorganización en los que se obstaculiza la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares<sup>9</sup>.

El estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas, se denomina crisis situacional<sup>7</sup>.

Es decir, las crisis emocionales o situacionales se presentan con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta. Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida incluyendo el hecho mismo de estar enfermo y de ser internado en un hospital. La característica esencial de la crisis situacional es que está generada por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos<sup>7</sup>.

Incluso existen teorías al respecto, donde se describen de manera detallada las crisis esperadas en la evolución de una familia y los recursos de los que echa mano para sobrepasarlas y guardar su equilibrio.

### 1.2.3. TEORÍAS SOBRE LAS CRISIS.

Es necesario mencionar la teoría de la crisis, que históricamente se inicia en la teoría psicoanalítica, cuando Freud, referido por Raffo<sup>7</sup>, señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. Demostró, cómo los síntomas físicos podían ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. Incluso Halpern, referido por Slaikeu<sup>20</sup>, menciona que la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Después de Freud, Eric Erikson (referido por Nieto)<sup>8</sup> describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital. La teoría de Erikson se centra en la influencia que sobre el desarrollo y el moldeamiento del YO, ejercen las experiencias sociales y culturales. Esta teoría se conoce con el nombre de teoría del desarrollo psicosocial, la cual está conformada por “ocho edades del hombre”, dentro de las cuales se presentan crisis propias que generan el crecimiento, la consolidación y la preparación para la fase siguiente.

Las etapas de Erikson se describen en el cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL**

| ETAPAS Y CRISIS  | EDAD (años) | SUCESO IMPORTANTE                         |
|--|-------------|---|
| Crisis I. Confianza básica en oposición a desconfianza básica. | 0-1.5       | Alimentación                              |
| Crisis II. Autonomía en oposición a vergüenza y duda.          | 1.5 – 2     | Control de esfínteres.                    |
| Crisis III. Iniciativa en oposición a culpa.                   | 3-5         | Locomoción                                |
| Crisis IV. Laboriosidad en oposición a inferioridad.           | 6-9         | Inicio de escolaridad.                    |
| Crisis V. Identidad en oposición a confusión de rol.           | 10-19       | Relación con compañeros de la misma edad. |
| Crisis VI. Intimidad en oposición a aislamiento.               | 20-44       | Relación amorosa.                         |
| Crisis VII. Generatividad en oposición a estancamiento.        | 45-59       | Parentalidad.                             |
| Crisis VIII. Integridad del yo en oposición a desesperación.   | 60 y más    | Reflexión acerca de lo propio.            |

Fuente: Nieto MC. Recursos del enfoque familiar en medicina: familiograma, factores de riesgo familiar, apgar familiar, ecomapa, ciclos vitales individual y familiar, historia clínica orientada por problemas y guías de mantenimiento de la salud. Medicina Familiar 2003 [(citado en 2005 Feb 21) 5 pantallas]. Disponible en: URL:<http://www.ocenet.oceano.com/salud>

Erikson, referido por Nieto<sup>8</sup> menciona en la última etapa que la implicación inmediata de la aceptación de la propia vida, encierra cierto

grado de sabiduría y sentido de la trascendencia, que son dos realidades que se expresan de igual manera al hacer referencia al hecho de que los niños no le van a temer a la vida, si sus padres son lo suficientemente íntegros como para no temer a la muerte.

El ser humano evoluciona a lo largo de los años, en un proceso gradual de desarrollo que involucra cambios sucesivos en las diferentes etapas, hasta lograr un estado final de ciclo de vida con un verdadero sentido de totalidad y de propósito, que le permitan sentir que ha logrado vivir en forma plena y satisfactoria.

Conociendo el ciclo vital individual y familiar, el médico cuenta con las herramientas necesarias para trabajar con sus pacientes y sus familias, los aspectos concernientes a aquellos cambios que normalmente se presentan, como consecuencia del paso tanto del individuo como de su familia, de una etapa de vida a la siguiente. Las orientaciones derivadas de estos análisis, tienen una gran utilidad práctica, en la medida en que con bastante frecuencia existe una profunda ignorancia por parte de los pacientes con respecto a estos temas, ignorancia de la cual se derivan una elevada cantidad de conflictos familiares, a su vez asiento de todo tipo de dolencias físicas y mentales. Con esta comprensión del ciclo vital, el médico puede tener una visión anticipada de los problemas y situaciones que a corto, mediano y largo plazo van a enfrentar las familias que atiende, logrando muchas veces prevenirlos, o en su defecto, atenderlos precozmente, impartiendo además las directrices educativas que sean necesarias. Es así como en un matrimonio que espera su primer hijo, se pueden prevenir muchos problemas de relación de pareja, al explicarles los cambios psicológicos normales de la mujer embarazada como son: labilidad emocional, llanto fácil, aumento de los deseos de atención y cariño y disminución de la libido. En una familia con hijos adolescentes, son muchos los problemas de relación padres-hijos, que pueden prevenirse si se imparte educación al grupo familiar y a la comunidad, sobre los cambios tanto físicos como psicológicos propios de esta edad, cuyo impacto sobre la interacción familiar es muy importante<sup>8</sup>.

El ciclo vital familiar (matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte; según Geyman) se define como la

sucesión de etapas que va enfrentando la familia como grupo, desde sus inicios con el noviazgo, hasta su disolución, cuando todos los hijos abandonan el hogar para formar nuevas familias, y finalmente mueren uno o ambos cónyuges.

Otra manera de clasificar el ciclo vital familiar para evidenciar las fases y estadios con eventos específicos, según Nieto<sup>8</sup> es como se muestra en el cuadro 3.

**CUADRO 3**  
**CICLO VITAL FAMILIAR**

| ETAPA         | FASE   | ESTADIO                               |
|---------------|--|---------------------------------------|
| FORMACIÓN     | Formación de la pareja                         | Noviazgo<br>Matrimonio sin hijos      |
| EXPANSIÓN     | Familia con lactante<br>Familia con preescolar | Procreación<br>Educación de los hijos |
| CONSOLIDACIÓN | Familia con escolar<br>Familia con adolescente | Educación de los hijos                |
| APERTURA      | Plataforma de lanzamiento                      | Emancipación                          |
| POSTPARENTAL  | Familia en edad media<br>Familia que envejece  | Nido vacío                            |
| DISOLUCION    | Viudez   | Muerte                                |

Fuente: Nieto MC. Recursos del enfoque familiar en medicina: familiograma, factores de riesgo familiar, apgar familiar, ecomapa, ciclos vitales individual y familiar, historia clínica orientada por problemas y guías de mantenimiento de la salud. Medicina Familiar 2003 [(citado en 2005 Feb 21) 5 pantallas]. Disponible en: URL:<http://www.ocenet.oceano.com/salud>

Existe una correlación interesante entre las etapas del desarrollo<sup>20</sup>, los motivos de la transición, las tareas o preocupaciones que se hacen presentes y las posibles causas de crisis, tal como lo demuestra el cuadro 4.

**CUADRO 4**  
**EL DESARROLLO EN EL CURSO DEL CICLO VITAL**

| ETAPA  | MOTIVO DE TRANSICIÓN                         | TAREAS/<br>PREOCUPACIONES  | POSIBLES SUCESOS DE CRISIS   |
|--|--|--|--|
| Infancia<br>(0-1 años)                       | Confianza<br>contra<br>desconfianza          | Alimentarse<br>Desarrollar<br>discriminación sensorial<br>y habilidades motoras<br>Obtener estabilidad<br>emocional  | Trastorno en la<br>alimentación<br>Enfermedad física,<br>lesiones<br>Rechazo por el cuidador<br>primario   |
| Aprendizaje<br>para<br>caminar<br>(1-2 años) | Autonomía<br>contra<br>vergüenza y<br>duda   | Caminar, hablar<br>Desarrollar el sentido<br>de independencia<br>Adaptación a las<br>demandas de<br>socialización  | Daño físico<br>Conflicto con el cuidador<br>principal<br>Por el incremento de la<br>asertividad, control de<br>esfínteres, etc.  |
| Infancia<br>temprana<br>(2-6 años)           | Iniciativa<br>contra culpa                   | Habilidades de<br>aprendizaje y control<br>muscular<br>Desarrollo de la noción<br>corporal y aprendizaje<br>de las diferencias<br>sexuales<br>Aprendizaje de valores<br>culturales, y el sentido<br>del “bien” y el “mal”<br>Desarrollo de las<br>nociones de realidad<br>física y social<br>Desarrollo de las<br>habilidades<br>interpersonales (con la<br>familia y los<br>compañeros) | Heridas físicas<br>Conflictos con los<br>maestros/padres por<br>causa de los primeros<br>juguetes sexuales<br>Conflictos con los<br>materiales y compañeros<br>Ingreso a la escuela<br>(jardín de niños o<br>preprimaria)<br>Pérdida de amistades por<br>mudanza/migración)  |
| Infancia<br>media<br>(6-12 años)             | Industriosidad/<br>inferioridad              | Dominar materias<br>escolares<br>Desarrollo de<br>habilidades para el<br>aprendizaje y la<br>solución de problemas<br>Relaciones con<br>compañeros, maestros y<br>adultos desconocidos<br>Desarrollar el sentido<br>de independencia dentro<br>del entorno familiar<br>Desarrollar el<br>autocontrol y la<br>tolerancia a la<br>frustración  | Dificultades de<br>aprendizaje en la escuela<br>Conflictos con<br>compañeros<br>Conflictos con maestros<br>Conflictos con los padres<br>Cambios en la escuela  |
| Adolescencia<br>(12-18 años)                 | Identidad<br>contra<br>confusión de<br>roles | Adaptación a cambios<br>corporales y nuevas<br>emociones<br>Logro gradual de la<br>independencia de los<br>padres/protectores<br>Cuestionamiento de<br>valores/ desarrollo de<br>una filosofía de la vida<br>Exploración de<br>relaciones personales<br>íntimas<br>Exploraciones de<br>alternativas<br>vocacionales  | Menstruación<br>Relaciones sexuales<br>Embarazo no deseado<br>Graduación de la<br>preparatoria<br>Ingreso a la universidad<br>Conflicto con los padres<br>sobre hábitos personales<br>y estilo de vida<br>Rompimiento con la<br>novia/ruptura de<br>compromisos<br>Indecisión en la profesión<br>Dificultades en el primer<br>trabajo<br>Éxito/fracaso en: estudio |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>Adulthood<br/>early<br/>(18-34 years)</p>  | <p>Intimacy<br/>against<br/>isolation</p>      | <p>Selecting and learning to<br/>live with a<br/>partner/partner</p> <p>Starting a family (or<br/>not...)</p> <p>Development of the<br/>parental skills</p> <p>Deciding on military service</p> <p>Starting in a<br/>activity</p> <p>Development of the<br/>personal style of life<br/>in a social environment</p>   | <p>and sports</p> <p>Rejection of a potential<br/>partner; extramarital<br/>relationships;<br/>separation, divorce<br/>Unplanned pregnancy;<br/>inability to<br/>have children;<br/>birth of a child<br/>Discipline problems<br/>with children; illness<br/>of children; inability<br/>to handle the various<br/>demands of the<br/>parental role</p> <p>Joining the military<br/>service; being drafted;<br/>evading service</p> <p>Academic difficulties;<br/>failure to graduate in<br/>preparatory/university;<br/>inability to<br/>find a satisfactory<br/>career; poor performance<br/>in the chosen profession</p> <p>Acquisition of a home;<br/>financial difficulties;<br/>conflict between the<br/>profession and family<br/>goals; transition to<br/>age 30</p>       |
| <p>Adulthood<br/>middle<br/>(35-50 years)</p> | <p>Generativity<br/>against<br/>stagnation</p> | <p>Adaptation to changes<br/>physiological of the<br/>middle of life</p> <p>Adaptation to changes<br/>in children (for<br/>example to adult<br/>youth)</p> <p>Assuming new<br/>responsibilities with<br/>the elderly</p> <p>Increasing productivity<br/>and development of<br/>socioeconomic<br/>consolidation</p> <p>Re-examining the<br/>early choices of<br/>life (partner,<br/>profession, children) and<br/>re-evaluation of<br/>previous motivations<br/>(identity, intimacy)</p> <p>Modifying the structure<br/>of life in light of<br/>changes in family and<br/>work responsibilities</p> | <p>Awareness of physical<br/>decline<br/>Chronic illness (of<br/>self or spouse)<br/>Menopause<br/>Rejection of rebellious<br/>adolescents<br/>Distance from a child<br/>Decision on care of<br/>elderly parents<br/>Death or prolonged<br/>illness of parents<br/>Regression in the<br/>profession; conflicts in<br/>work<br/>Financial concerns<br/>Changes related to<br/>professional advancement<br/>Unemployment<br/>Awareness of<br/>discrepancy between<br/>life goals and<br/>achievements<br/>Regrets about<br/>early decisions about<br/>marriage, and<br/>not having children or<br/>vice versa<br/>Dissatisfaction with<br/>achieved goals<br/>Career promotion<br/>Breakdown/conflict<br/>with the mentor<br/>Marital problems/<br/>extramarital relationships</p> |

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
|                                    |  |  | Regreso al trabajo (de la mujer) después de la crianza<br>Muerte de algún(os) amigo(s)   |
| Madurez (50-65 años)               | Generatividad contra estancamiento     | Adaptación a la vejez fisiológica (por ejemplo, cambios en la salud, disminución de la fuerza)<br>Preparación para la jubilación<br><br>Desarrollo de relaciones de recompensa mutua con los hijos ya crecidos<br>Reevaluar, consolidar las relaciones con el cónyuge/otros significativo a o adaptación a su pérdida (muerte, divorcio)<br>Ayudar a los padres ancianos<br>Hacer productivo el uso del mayor tiempo libre | Problemas de salud<br>Decisiones acerca de: la jubilación (pasatiempos, nueva profesión)<br>Cambios en el ambiente de la vivienda (de una granja a un departamento en la ciudad)<br>Conflicto con los hijos ya crecidos<br>"Nido vacío" (el último hijo deja el hogar)<br>Muerte del cónyuge, divorcio<br>Conflictos con los padres<br>Resistencia a la jubilación (separación o abandono de las funciones laborales/ responsabilidades) |
| Vejez (de los 65 años a la muerte) | Integridad del yo contra desesperación | Segunda aspiración/tercera carrera, y/o interés en pasatiempos<br>Compartir la sabiduría de la experiencia de la vida con otros<br>Evaluar el pasado y alcanzar un sentido de realización de satisfacción con la propia vida<br>Disfrutar una cantidad razonable de comodidad física y emocional<br>Mantener suficiente movilidad para los cambios de ambiente   | Dificultades financieras<br>Conflictos interpersonales con los hijos<br>Conflictos interpersonales con semejantes (por ejemplo, en un nuevo vecindario)<br>Indiferencia por parte de los hijos ya adultos<br>Muerte de los amigos<br>Conciencia de la soledad<br>Enfermedad o incapacidad<br>Dificultad en la adaptación a la jubilación   |

Fuente: Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México:Manual Moderno;2000.pp 575.

Desde luego, tomando en cuenta que sea o no que estos sucesos presenten "crisis", depende de diversas variables, que incluyen la oportunidad del suceso, así como de los recursos financieros, personales y sociales. De la misma manera, se toma en cuenta la edad del paciente, la etapa de su ciclo vital, situaciones esperadas de acuerdo a ello, no obstante, cada paciente presenta un particular exclusivo a evaluar por el médico o el examinador.

#### 1.2.4. FACTORES DE RIESGO.

Se mencionan incidentes críticos que pueden precipitar una crisis<sup>23</sup>:

Del desarrollo. Eventos de transición en la vida. Nacimiento de los hijos, graduación de la universidad, cambio de carrera a la mitad de la vida, retiro.

Existenciales. Conflictos y ansiedades relacionadas a la intención, responsabilidad, independencia, libertad o encierro. Remordimientos sobre nunca haber tenido un hijo, casarse, haber tenido impacto en su profesión o pensar que su vida hasta ahora no ha tenido sentido.

Ambientales. Desastres naturales o no naturales. Tornados, terremotos, inundaciones, huracanes, incendios forestales.

Médicos. Diagnóstico reciente o exacerbación de un problema médico ya conocido. Esclerosis múltiple, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, infertilidad, infarto al miocardio, cáncer, problemas médicos que conlleven discapacidad parcial o total.

Psiquiátricos. Síndromes actuales y aquellos que afectan el aprendizaje. Depresión o ideas suicidas, eventos que precipitan desordenes agudos o postraumáticos.

Situacionales. Situaciones específicas o inusuales. Pérdida del trabajo, colisión en motocicleta, divorcio o violación.

#### 1.2.5. ESCALAS PARA EVALUACIÓN DE CRISIS.

Un principio básico de la teoría de la crisis es que el inicio de ésta se liga a algún suceso de la vida del individuo<sup>20</sup>. Holmes y Rahe<sup>22</sup> (1967) investigaron la relación entre la salud física y los cambios más importantes en la vida como sucesos que provocan tensión. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de reajuste social demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un período dado corren más riesgo de enfermar<sup>7, 22</sup>.

La escala de evaluación de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe<sup>22</sup> consta de 43 ítems o elementos organizados de mayor a menor. El reajuste fue definido por sus autores como “la cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo”. Cada uno de los eventos tiene una puntuación denominada “unidades de cambio vital” (LCU), que va de 100 en el acontecimiento más grave, (“la muerte del cónyuge”) a 11 en el menos relevante (“leves transgresiones de la ley”). Cuando la suma es de más de 150 LCU o superior, se considera que éstos pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de sus miembros<sup>15</sup>. También se denominan unidades de Holmes (UH), para evaluar situaciones de estrés familiar.

#### 1.2.6 ESCALA DE HOLMES.

Holmes y Rahe<sup>22</sup> utilizaron una muestra a conveniencia compuesta de 394 sujetos quienes completaron una tabla de 43 eventos numerados del 1 al 43, dándole un valor de 500 al matrimonio (número 1). Los eventos descritos derivaron de la experiencia clínica de los autores. Posteriormente, les dieron las siguientes instrucciones escritas a cada participante:

- (A) La SRRS incluía la cantidad y duración del cambio en un patrón habitual de vida que resulta de varios eventos vitales. Como el nombre lo dice, la SRRS mide la intensidad y cantidad de tiempo necesario para adaptarse a tal evento.
- (B) Se les pedía que graduaran o dieran un rango a cada evento vital según el tiempo para reajustarse al mismo. Debían utilizar toda su experiencia para correlacionar los eventos y ordenarlos, así como aplicar todo lo aprendido en su experiencia. Algunos ordenarían más fácilmente ciertos eventos que otros.
- (C) El mecanismo para acomodarlos fue el siguiente: Evento 1: matrimonio, se le dio un valor arbitrario de 500. Al ir acomodando el resto de la lista, debían pensar: ¿este evento requiere más o menos reajuste que el matrimonio? ¿podría el reajuste llevar más o menos tiempo? Si resolvían que el reajuste

era más intenso y largo debían asignar un número mayor y ponerlo en una columna de “valores”. Si decidían que el evento era menos intenso y largo que el matrimonio indicarían que tanto menos localizándolo con un número menor en el espacio en blanco (cuadro 5).

**CUADRO 5**  
**ESCALA DE EVALUACIÓN DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE**  
**(PRELIMINAR)**

| Número | Evento  | Valores |
|--------|---|---------|
| 1.     | Matrimonio  | 500     |
| 2.     | Problemas con el jefe   | ----    |
| 3.     | Detención en cárcel u otra institución  | ----    |
| 4.     | Muerte del cónyuge  | ----    |
| 5.     | Cambios en hábitos de sueño (más o menos, o cambio en el horario)                                     | ----    |
| 6.     | Muerte de un familiar cercano   | ----    |
| 7.     | Cambios en los hábitos de comida (mayor o menor ingesta o muy diferentes horarios de comida)          | ----    |
| 8.     | Juicio hipotecario sobre un bien o préstamos  | ----    |
| 9.     | Revisión de hábitos personales (vestido, modales, asociaciones, etc.)                                 | ----    |
| 10.    | Muerte de un amigo cercano  | ----    |
| 11.    | Violaciones menores de la ley (p.ej. multas, cruzar descuidadamente la calle, perturbar la paz, etc.) | ----    |
| 12.    | Logro personal notable  | ----    |
| 13.    | Embarazo  | ----    |
| 14.    | Cambios importantes en la salud o comportamiento de un miembro de la familia                          | ----    |
| 15.    | Dificultades sexuales   | ----    |
| 16.    | Problemas legales   | ----    |
| 17.    | Cambios importantes en el número de familiares que se reúnen  | ----    |
| 18.    | Cambios importantes en el estado financiero (p.ej. mayor o menor ingreso al usual)                    | ----    |
| 19.    | Un nuevo miembro en la familia (p.ej. nacimiento, adopción, etc.)                                     | ----    |
| 20.    | Cambio de residencia  | ----    |
| 21.    | Hijo (a) que deja la casa (p.ej. matrimonio, entrada a la universidad, etc.)                          | ----    |
| 22.    | Separación del cónyuge  | ----    |
| 23.    | Cambio en las actividades religiosas (más o menos de los usual)                                       | ----    |
| 24.    | Reconciliación con el cónyuge   | ----    |
| 25.    | Despido del trabajo   | ----    |
| 26.    | Divorcio  | ----    |
| 27.    | Cambio en el área de trabajo  | ----    |

|     |  |      |
|-----|--|------|
| 28. | Cambio importante en el número de disputas con el cónyuge (ya sea más o menos de lo usual, respecto a los niños, hábitos personales, etc.) | ---- |
| 29. | Cambios en las responsabilidades de trabajo  | ---- |
| 30. | Esposa que inicia o termina de trabajar fuera de casa  | ---- |
| 31. | Cambios en las horas de trabajo o condiciones  | ---- |
| 32. | Cambios en el tipo usual y/o cantidad de la recreación   | ---- |
| 33. | Tener una deuda mayor a US\$10,000 (p.ej. comprar una casa, negocios, etc.)  | ---- |
| 34. | Tener una deuda o préstamo de menos de US\$10,000 (p.ej. comprar un carro, TV, refrigerador, etc.)   | ---- |
| 35. | Lesión o enfermedad personal   | ---- |
| 36. | Reajuste de negocio importante (p.ej. fusión, reorganización, bancarrota, etc.)  | ---- |
| 37. | Cambios en actividades sociales (p.ej. clubes, bailes, películas, visitas, etc.)   | ---- |
| 38. | Cambios en las condiciones de vida (p.ej. construir una nueva casa, remodelación, deterioro de la casa o vecindario)                       | ---- |
| 39. | Retiro o jubilación  | ---- |
| 40. | Vacaciones   | ---- |
| 41. | Navidad  | ---- |
| 42. | Cambio a una nueva escuela   | ---- |
| 43. | Empezar o terminar formación escolar   | ---- |

Fuente: Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967; 11:213-218.

Después de obtener la puntuación de cada participante, se designó el orden y el valor de cada evento vital de acuerdo a un promedio que se dividió entre 10 y se ordenó en decreciente. Se sustentó en el alto coeficiente de correlación entre los grupos contenidos en la muestra. Los coeficientes de correlación resultaron mayores a 0.90 con excepción de aquella entre blancos y negros, que fue de 0.82, el coeficiente de Kendall de concordancia para los 394 individuos fue de 0.477, una p significativa de <0.0005.

Resolviendo un orden y una puntuación de acuerdo a ello, tal como se muestra en el cuadro 6, que es la presentación definitiva de tal escala.

**CUADRO 6**  
**ESCALA DE EVALUACIÓN DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE**  
**(DEFINITIVA)**

| Número | Evento   | Valores |
|--------|--|---------|
| 1.     | Muerte del cónyuge   | 100     |
| 2.     | Divorcio   | 73      |
| 3.     | Separación del cónyuge   | 65      |
| 4.     | Detención en cárcel u otra institución                                       | 63      |
| 5.     | Muerte de un familiar cercano  | 63      |
| 6.     | Lesión o enfermedad personal   | 53      |
| 7.     | Matrimonio   | 50      |
| 8.     | Despido del trabajo  | 47      |
| 9.     | Reconciliación con el cónyuge  | 45      |
| 10.    | Retiro o jubilación  | 45      |
| 11.    | Cambios importantes en la salud o comportamiento de un miembro de la familia | 44      |
| 12.    | Embarazo   | 40      |
| 13.    | Dificultades sexuales  | 39      |
| 14.    | Un nuevo miembro en la familia   | 39      |
| 15.    | Reajuste de negocio importante   | 39      |
| 16.    | Cambios importantes en el estado financiero                                  | 38      |
| 17.    | Muerte de un amigo cercano   | 37      |
| 18.    | Cambio en el área de trabajo   | 36      |
| 19.    | Cambio importante en el número de disputas con el cónyuge                    | 35      |
| 20.    | Tener una deuda mayor a US\$10,000   | 31      |
| 21.    | Juicio hipotecario sobre un bien o préstamos                                 | 30      |
| 22.    | Cambios en las responsabilidades de trabajo                                  | 29      |
| 23.    | Hijo (a) que deja la casa  | 29      |
| 24.    | Problemas legales  | 29      |
| 25.    | Logro personal notable   | 28      |
| 26.    | Esposa que inicia o termina de trabajar fuera de casa                        | 26      |
| 27.    | Empezar o terminar formación escolar   | 26      |
| 28.    | Cambio en las condiciones de vida  | 25      |
| 29.    | Revisión de hábitos personales   | 24      |
| 30.    | Problemas con el jefe  | 23      |
| 31.    | Cambios en las horas de trabajo o condiciones                                | 20      |
| 32.    | Cambio de residencia   | 20      |
| 33.    | Cambio a una nueva escuela   | 20      |
| 34.    | Cambios en el tipo usual y/o cantidad de la recreación                       | 19      |
| 35.    | Cambio en las actividades religiosas   | 19      |
| 36.    | Cambios en actividades sociales  | 18      |
| 37.    | Tener una deuda o préstamo de menos de US\$10,000                            | 17      |
| 38.    | Cambios en hábitos de sueño  | 16      |
| 39.    | Cambios importantes en el número de familiares que se reúnen                 | 15      |

|     |                                  |    |
|-----|----------------------------------|----|
| 40. | Cambios en los hábitos de comida | 15 |
| 41. | Vacaciones                       | 13 |
| 42. | Navidad                          | 12 |
| 43. | Violaciones menores de la ley    | 11 |

Fuente: Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967; 11:213-218.

La investigación de Holmes y Rahe<sup>22</sup> está basada en la “Carta de la vida” de Adolph Meyer, que representa un esquema de la relación de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso de salud-enfermedad en el hombre. Muchos de los eventos vitales utilizados por Holmes y Rahe fueron recalcados por Meyer como: “...cambios de hábitat, entrada a la escuela, graduaciones o cambios o fracasos; los trabajos, fechas de nacimientos o muertes importantes en la familia, y otras influencias ambientales fundamentalmente importantes”<sup>22</sup>.

En 1949 fueron incorporados a la “Carta de la vida” los conceptos de Pavlov, Freud, Cannon y Skinner en el laboratorio de Harold G. Wolf, enumerando de nueva cuenta los eventos vitales de la SRRS. Esta escala había valorado ya a más de 5000 pacientes para estudiar la calidad y cantidad de los eventos vitales empíricamente observados al mismo tiempo de la aparición de una enfermedad en el individuo.

La experiencia reveló que cada evento es único en cada individuo. Hay dos categorías, aquellos indicativos del estilo de vida del individuo y aquellos indicativos de sucesos que lo afectan. La mayoría de ellos, ordinarios, pero algunos extraordinarios de transacciones sociales e interpersonales, estos eventos pertenecen a las principales áreas de dinámica significativa en la estructura social del estilo de vida americano. Estos incluyen la estructura familiar, matrimonio, ocupación, economía, residencia, relaciones de grupo o entre iguales, educación, religión, recreación y salud.

Durante el desarrollo de su estudio, Holmes y Rahe<sup>22</sup> encontraron que cada individuo era único respecto a las respuestas fisiológicas y las emociones que manifestaron en la entrevista. Lo único en común a todos esos eventos vitales fue el proceso de adaptación o cambio de comportamiento que requería en el individuo.

Es por ello que esta escala no es aplicable en cualquier país, por las condiciones económicas, sociales, geográficas, religiosas, educativas y de salud de cada entorno en particular. Sin embargo, se utiliza como

instrumento de tamizaje y/o orientador acerca del entorno familiar o del individuo. Así, dentro de las recomendaciones hechas por el Dr. Irigoyen para el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)<sup>17</sup> en México, para la elaboración de la escala de Holmes, están:

- ♦ Anotar el nombre, edad, sexo y puesto que ocupa el paciente en el grupo familiar.
- ♦ Será llenado exclusivamente por el médico familiar.
- ♦ Explicar breve y sencillamente que el cuestionario a realizar, persigue identificar hechos de la vida diaria que influyen en su sintomatología.
- ♦ Después de leer pausadamente cada uno de los 43 eventos, se subrayarán únicamente los que el paciente señale como positivos.
- ♦ El médico indicará el puntaje alcanzado, señalando que si es mayor de 150 UH, las probabilidades de padecer una enfermedad, en caso de no buscar la forma de resolver la situación razonadamente, ya que si no hace el esfuerzo por sí mismo, puede caer en el riesgo de hacerse dependiente de un medicamento.
- ♦ Es oportuno elaborar la escala de Holmes cada 2 años o antes en caso de alguna eventualidad importante en la familia.

Clasificando el grado de estrés en base al siguiente puntaje<sup>17</sup>:

De 0 a 150 UH = no se aprecian problemas de importancia

De 151 a 190 UH = crisis leve

De 200 a 299 UH = crisis moderada

Más de 300 UH = crisis severa

Según este modelo, la crisis vital se define como cualquier conjunto de unidades de cambio en la vida que suman 350 puntos o más en un año<sup>20</sup>.

#### 1.2.7 OBSERVACIONES SOBRE LA ESCALA DE HOLMES.

En primera instancia, esta escala no está adaptada al estilo de vida actual y en menor medida a las condiciones generales y situación de vida prevalente en México, por tal motivo, al aplicar esta escala en pacientes, se deben tomar en cuenta las limitaciones de la misma. Por otro lado, se reconoce que es un instrumento de tamizaje u orientador, tal como lo descrito en el artículo original, esta escala habla de las probabilidades que tiene un paciente de enfermar al enfrentarse a múltiples cambios

simultáneos en su vida, sin embargo, en general se habla de enfermedades psicosomáticas u otros trastornos que no necesariamente traducen tratamiento farmacológico, por lo que no se justifica enunciar que en algún momento dependerá de medicamentos para subsistir o seguir enfrentando las crisis en su vida.

Se critica esta escala por que los acontecimientos pueden tener distinta valoración en correspondencia con diferencias socioculturales y socioeconómicas e incluso en relación con la situación geográfica, urbana o rural, de los encuestados.

Por otro lado, no hay un período establecido o intervalo de tiempo en el que los pacientes puedan enfrentar crisis, por lo que es difícil establecer estas indicaciones para dicha escala.

Se han descrito numerosos instrumentos para valorar el impacto de los acontecimientos vitales, si bien se deben marcar diferencias si lo evaluado es la presencia del evento en un momento de la historia personal del individuo o la percepción y repercusión que el acontecimiento produce en el individuo afectado<sup>15</sup>.

#### 1.2.8 OTRAS ESCALAS.

Con el objeto de estudiar los acontecimientos, con independencia de la percepción subjetiva que de ellos tenga el individuo, se han elaborado una serie de escalas con las que se intenta medir la magnitud de los cambios vitales<sup>15</sup>.

La primera escala fue el inventario de experiencia reciente (SER) de Hawkins, referido por Revilla<sup>15</sup>, consta de 43 ítems referidos a aspectos de la economía, la familia, el hogar y la comunidad. Su importancia radica en que es el primer instrumento que evalúa el estrés por sus antecedentes y no por sus efectos.

Sin embargo, la formulación de la teoría de las crisis en forma más específica pertenece a Eric Lindemann (1944) (citado en Caplan, 1964, según Slaikeu)<sup>20</sup>. Lindemann estudió la reacción normal del duelo y sus

etapas, distinguiéndolas de las respuestas maladaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos<sup>7</sup>.

#### 1.2.9 MANIFESTACIONES DE LAS CRISIS.

Halpern (1973), según Slaikeu<sup>20</sup>, intentó definir empíricamente la crisis al comparar la conducta de la gente que no la experimenta con la que sí la padece. Las personas en crisis experimentaron los siguientes síntomas más significativamente que aquellas que no: sentimientos de cansancio y agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, síntomas físicos, sentimientos de ansiedad, desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, familiares, sociales y desorganización en sus actividades sociales.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales<sup>7</sup>. Aquí es donde radica la trascendencia del conocimiento de las mismas, su incidencia, prevalencia y las herramientas de cada individuo y de cada familia para enfrentarlas y dar el paso siguiente en su ciclo evolutivo.

Precisamente en este punto es donde convergen los cuatro pilares de la medicina familiar y los nueve principios descritos por Ian McWhinney, es el punto de partida y al mismo tiempo, la meta del médico familiar, el estudio del individuo y su familia en un ámbito biopsicosocial, sin olvidar las bases teóricas psicoanalíticas sobre las crisis, ejerciendo así la profesión médica verdaderamente encaminada al estudio completo del paciente y su familia, así como su entorno psicosocial, obteniendo finalmente una calidad de vida invaluable para cualquier ser humano.

La dinámica familiar se ve afectada en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso de divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen

una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas<sup>9</sup>.

La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción<sup>9</sup>. Una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio.

Hay algunos indicadores que son específicos de una crisis familiar<sup>19</sup>:

1. Incapacidad de los miembros para desempeñar los roles y las tareas habituales, así como el cuidado de las personas más frágiles (niños, enfermos y ancianos).
2. Incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas.
3. Cambio de foco de búsqueda de la supervivencia familiar a la supervivencia individual.

#### 1.2.10 RESOLUCIÓN DE LAS CRISIS.

Las crisis se resuelven generalmente de manera positiva o negativa en un período de 4 a 6 semanas. No obstante, dentro de los factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de una crisis, se describen<sup>7</sup>:

- ◆ Comprensión cognitivo emocional de la situación (percepción del problema).
- ◆ Fortaleza del Yo (capacidad para resistir el estrés).
- ◆ Mecanismos de enfrentamiento concientes e inconscientes.
- ◆ Red de apoyo familiar y social.

Por lo tanto, es de vital importancia tomar en cuenta la percepción del problema por el individuo, su capacidad para resistir el estrés, sus mecanismos para enfrentarlo y sus redes de apoyo familiar y social, ya que de ellos dependerá el tiempo y la resolución de la crisis por parte del individuo para regresar así a su homeostasis.

Se describen tres grandes grupos como los factores que inciden en la aparición de una crisis: trastornos mentales y enfermedades físicas, impacto psicológico de la enfermedad y hospitalización en el paciente y familia, y la familia como tal<sup>7</sup>.

Un paciente puede sufrir un trastorno mental debido a la naturaleza o gravedad de la enfermedad física (al enfrentarse a su condición patológica actual, llevado a la cronicidad), los síntomas psicológicos pueden estar directamente relacionados con una enfermedad (comorbilidad esperada), un trastorno psicológico puede ser causado por el tratamiento de una enfermedad física (efectos secundarios), la presencia de una enfermedad física, especialmente una enfermedad crónica, puede estar en asociación a otras complicaciones en la esfera familiar, laboral y social del paciente, esta asociación puede darse también en dirección contraria, es decir, que un trastorno mental sea seguido de una enfermedad física.

Cuando una persona se hospitaliza deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y debe asumir un nuevo rol, el de paciente. El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. El paciente, al estar hospitalizado debe enfrentarse a una alteración brusca de su ritmo de vida, separarse de su ambiente familiar y laboral, enfrentarse a un lugar extraño, a personas extrañas, vivir experiencias percibidas como amenazantes, dolor físico o psicológico, incapacidad y dependencia, pérdida de energía, soledad y sobre todo, pérdida de la privacidad. Se pone de manifiesto que es el médico quien se encuentra en su ambiente, quien conoce el entorno, los movimientos, los tiempos, etc. El paciente, por ser el extraño en este derredor, es el que llega a un ambiente hostil (por ser nuevo o raro para él), sin embargo, a pesar de ser indispensable su adaptación pronta a él, también es menester del médico comprender el entorno del paciente y traducir para él el ambiente hospitalario y la manera en que será ayudado por todo el equipo de salud para lograr el objetivo de las dos partes, la salud y la calidad de vida del paciente. Cuando esto no sucede, el paciente experimenta diversos sentimientos: aflicción, baja autoestima, miedo, tristeza, angustia y/o depresión, ira, impulsos agresivos y evasión<sup>7</sup>.

Después de un período la crisis pasará o se resolverá de alguna manera. Esta solución puede ser saludable o dañina, y se supone que el tipo de solución alcanzada tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del individuo. Una solución satisfactoria de las crisis vitales se observa como proveedora de una personalidad más segura y altamente integrada, con un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras. De hecho, el estado actual de la salud mental de una persona puede considerarse un producto de la forma en que ha resuelto una serie de crisis en el pasado<sup>20</sup>.

Viney (1976), referido por Slaikeu<sup>20</sup>, sugiere que la resolución de la crisis incluye, además de la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, que incluyen cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos. Apoyarse en la idea de que la resolución de la crisis de un modo u otro comprende reorganización y reintegración del funcionamiento, implica que la resolución positiva de la crisis puede definirse como: “Translaborar el suceso de crisis, de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona esté abierta en lugar de cerrada al futuro”. Translaborar comprende el ayudar a la persona en la exploración del suceso de crisis y su reacción ante el mismo.

### 1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una crisis ocurre cuando una persona se confronta a un incidente o evento estresante que percibe como abrumador a pesar de sus herramientas habituales para resolver problemas y las estrategias aprendidas. Frecuentemente no es el evento por sí mismo lo que causa la crisis; precisamente, es la apreciación del evento como serio, incontrolable y más allá de los recursos aprendidos por el paciente lo que desencadena la crisis. Las personas que no son capaces de utilizar sus estrategias usuales pueden desarrollar dificultades afectivas, de comportamiento, cognitivas o físicas que podrían llevarlos a solicitar asistencia médica<sup>23</sup>. Los pacientes se presentan al médico con problemas que van desde incidentes menores a eventos agudos, altamente estresantes, problemas psiquiátricos o crisis médicas.

Algunas otras manifestaciones de crisis se dan de acuerdo a cambios en los hábitos y actividades cotidianas, pudiendo representar estos cambios manifestaciones de mal adaptación a los eventos de la vida a los que se enfrenta y con ello representar una crisis.

Cualquier evento puede ser causa de una crisis, esto solo depende de cada individuo y de las herramientas habituales o aprendidas con las que cuenta cada uno. Es así que el médico residente se enfrenta a constantes cambios en su entorno y estilo de vida que aunados a su facilidad para expresar sus sentimientos, afectos y el apoyo con el que cuenta fuera de la residencia médica, así como la etapa en su ciclo vital familiar, darán una pauta de su condición actual que pueda o no representar una crisis en un momento dado.

El residente en medicina familiar, no está exento de haberlas sufrido y aún estarlas experimentando. A lo largo de su vida ha estado en contacto con diversas situaciones que han representado una crisis en su ciclo de vida y que hasta el momento, ha sobrepasado ya que, tal vez, le han sido suficientes las herramientas (psicológicas, sociales y orgánicas) con las que cuenta. Sin embargo, el hecho de haber entrado a una especialidad médica, estar sometido a un nuevo entorno, geográfico, laboral, social y profesional, un nuevo ingreso económico, tal vez alejarse de su familia o

lugar de origen, pueden llegar a representar una serie de cambios que aunados a su historia personal de vida, constituyan en él, una crisis personal y/o familiar.

Requisito fundamental para realizar una especialidad médica es presentar el examen nacional de aspirantes a residencias médicas, el cual cuenta con convocatoria anual y como su nombre lo indica, es a nivel nacional. Por lo tanto, los médicos que lo presentan, ya sea recién egresados de la carrera de médico general o aquellos que ya pertenecían a un ámbito laboral o simplemente habían estado esperando dicha convocatoria, se encuentran inmersos en un estilo de vida y una condición socioeconómica estable que cambiaría en el momento de ser aceptados en una residencia médica.

Tal es el caso de los médicos procedentes de provincia que son aceptados en el Distrito Federal y se enfrentan a la necesidad de encontrar un lugar óptimo para vivir cerca de su sede, lo prioritario del recurso económico para los primeros meses de estancia, alimentación y otros gastos que se les presenten; así como la trascendente decisión de mudarse solos o con su familia, ya sea solteros, casados o con hijos.

El hecho de entrar a un nuevo ambiente de trabajo, conocer gente, encontrar un cúmulo de responsabilidades y actividades a cargo del residente, ajustarse a nuevos horarios de alimentación y sueño, ya que ahora se delimitarán por sus horarios de trabajo y la realización de guardias en el servicio hospitalario indicado, no siendo dueño de su tiempo ni de su disponibilidad en tiempo libre para la recreación o para actividades a las que antes se dedicaba más. De la misma manera, cambios en sus hábitos de fumar, que consuma más tabaco o no tenga tiempo para hacerlo, tal vez iniciar ahora el consumo del mismo; cambios en la ingesta de alcohol, en mayor o menor medida o incluso, encontrarse con el antecedente de no haberlo consumido antes y hacerlo ahora.

Todo lo anterior representa una serie de cambios inherentes al estilo de vida del residente, que también experimentarían aquellos médicos originarios y residentes del Distrito Federal, para los que tampoco será

fácil preservar el estilo de vida anterior a la residencia médica, también se enfrentarán a muchos de estos cambios, que pueden representar como tal, en ellos, una crisis.

En la bibliografía consultada no se encontraron estudios relacionados con las crisis personales o familiares en profesionales de la salud y específicamente en residentes del área de medicina familiar tanto en México como en otros países donde la disciplina es base fundamental del sistema sanitario. De esta forma, existen diversos estudios y literatura respecto a las crisis familiares, su definición, concepción y clasificación, todos ellos realizados en población o pacientes sin relación a la profesión médica. Por otro lado, para diagnosticar las crisis personales o familiares, se cuenta con instrumentos como la escala de evaluación de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe<sup>22</sup> que fue desarrollada en Nebraska Estados Unidos, basada en una “carta de la vida” de Adolph Meyer, la cual toma en cuenta eventos de la vida acordes a la época (1967) y al estilo de vida americano. Por lo tanto, dicha escala no se encuentra acorde a la población mexicana, al estilo de vida actual y en menor medida a los médicos residentes de medicina familiar.

El médico familiar utiliza diversos instrumentos y herramientas para evaluar a la familia, en diferentes aspectos, estructura, funcionalidad, dinámica y otros. Sin embargo, los instrumentos usados en relación a crisis personales o familiares son subjetivos, ambiguos, extranjeros y desarrollados en condiciones ajenas a la situación específica del médico en formación en medicina familiar. Es por ello la necesidad de proponer un instrumento pensando en el entorno y los cambios de vida actuales, inherentes al residente de medicina familiar. Para tal efecto, es necesario crear un instrumento que explore las diversas áreas que se pueden afectar en el residente al experimentar una crisis, tomando en cuenta los cinco principales subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (CASIC, referido por Slaikeu<sup>20</sup>) examinando desde su edad, lugar de residencia, las personas con las que vive o si vive solo, la facilidad para expresar sus sentimientos, sus actividades fuera de la residencia y el tiempo empleado para ellas antes y después de la misma, la presencia o no de amigos, cambios en sus hábitos de sueño, alimentación, tiempo empleado para la recreación, tabaco, alcohol,

drogas ilícitas y fármacos. Por lo que será necesaria la validación de contenido del mismo, por expertos en terapia familiar, que al tomar en cuenta los cinco subsistemas antes mencionados y los objetivos del presente trabajo logren llegar a un consenso hasta contar con el instrumento que permita identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar.

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN.

El ser humano está en constante relación a cambios y situaciones que representan un desvío de su homeostasis. Innato a él, el instinto de supervivencia, de evolución y adaptación, son las herramientas idóneas para sobrepasarlas y así, conservar dicho equilibrio. Las crisis son inherentes al hombre, a su crecimiento, desarrollo y evolución. En la literatura americana<sup>23</sup>, se estima que el 4% de las consultas en atención primaria involucran crisis psiquiátricas o sociales y numerosas solicitudes a visitas domiciliarias o llamadas telefónicas inmiscuyen a personas que están experimentando síntomas físicos ocasionados por eventos estresantes agudos.

El proceso de ajuste y readaptación a su nueva situación que experimenta el médico residente en medicina familiar puede pasar inadvertido para él, tal vez hasta antes de tomar conocimiento de ello en el transcurso de su especialidad. Por otro lado, todos aquellos médicos que hayan tenido las herramientas necesarias para adaptarse y enfrentar todos estos cambios, no están exentos de muchos otros motivos de crisis, las llamadas normativas y no normativas, por lo que es imprescindible un acercamiento a ellos, a su historia personal de vida, para tener una idea global de su situación actual y encontrarse en la posibilidad de desarrollar las estrategias necesarias para apoyarlos en su desarrollo y crecimiento profesional y personal durante su formación como médico familiar.

La simple lectura de las preguntas asignadas en el instrumento del presente estudio, responderlas o dedicar un tiempo para la reflexión de las mismas, así como hacer consciente la presencia o ausencia de síntomas físicos, cambios en sus hábitos, la aceptación de eventos trascendentes en su vida, durante la residencia médica; hará posible que los médicos en formación identifiquen sus propias crisis, concreten acerca de su situación actual y busquen sus propias alternativas de solución. Probablemente iniciarán la movilización y ajuste de sus recursos emocionales, físicos y sociales para enfrentar las crisis, en caso de presentarlas.

La existencia de un instrumento especialmente dirigido a la identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar sentará la base o representará el punto de partida a partir del cual los médicos encontrarán el complemento de su preparación, incorporando este como una etapa en su crecimiento y desarrollo, fomentando el autodiagnóstico, autoevaluación y autorreflexión acerca de su condición actual comparada con la vivida antes de su residencia médica, promoviendo la búsqueda de la ayuda propicia para ellos, ya sea a través de la autoinformación, técnicas de relajación o incluso ayuda terapéutica.

Todo ello tomando en cuenta que el instrumento abrirá el panorama de su circunstancia actual y que serán solo ellos quienes decidan cuales son sus necesidades y cuales son las herramientas con las que cuentan para enfrentar esta etapa significativa en su vida, así como el tipo de ayuda que solicitarán para tal efecto.

La incidencia de crisis personales o familiares, normativas o no normativas debe detectarse oportunamente en los médicos en formación, sobre todo en aquellos del curso de especialización en medicina familiar, ya que estas crisis pueden interferir en su desempeño laboral y profesional, ya sea como oportunidad de crecimiento y desarrollo o estancamiento y frustración en un momento dado.

Es por ello que cobra relevancia la realización del presente estudio, la identificación de crisis personales y/o familiares, precisamente en médicos residentes de medicina familiar, quienes posteriormente tendrán la enmienda de detectar dichas crisis en sus propios pacientes.

#### 1.5. OBJETIVO GENERAL.

Realizar la validación de contenido de un proceso de medición que identifique crisis personales y familiares en médicos residentes.

### **1.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

**1.5.1.1. Identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de cuatro sedes académicas (ISSSTE) del curso de especialización en medicina familiar.**

**1.5.1.2. Relacionar la existencia de crisis familiares con síntomas físicos.**

**1.5.1.3. Relacionar la existencia de crisis personales o familiares con el autoreconocimiento de las mismas por parte de los residentes.**

**1.5.1.4. Relacionar la influencia de la residencia de medicina familiar en el autoreconocimiento de las crisis personales o familiares en los médicos residentes.**

**1.5.1.5. Relacionar la existencia de crisis de acuerdo al género, estado civil y sede de residencia.**

**1.5.1.6. Identificar la frecuencia de la existencia de crisis según las sedes académicas del curso de especialización.**

**1.5.1.7. Identificar la frecuencia de la existencia de crisis según el grado que cursaban los residentes en el momento del estudio.**

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo observacional, ya que no existe una intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que definen el mismo. Se trata de un estudio observacional y descriptivo pues se aplicó para deducir una circunstancia determinada, refiriendo todas sus dimensiones, así como transversal debido a que se realizó una sola medición para conocer todos los casos de residentes con crisis personales y familiares, sin importar cuanto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

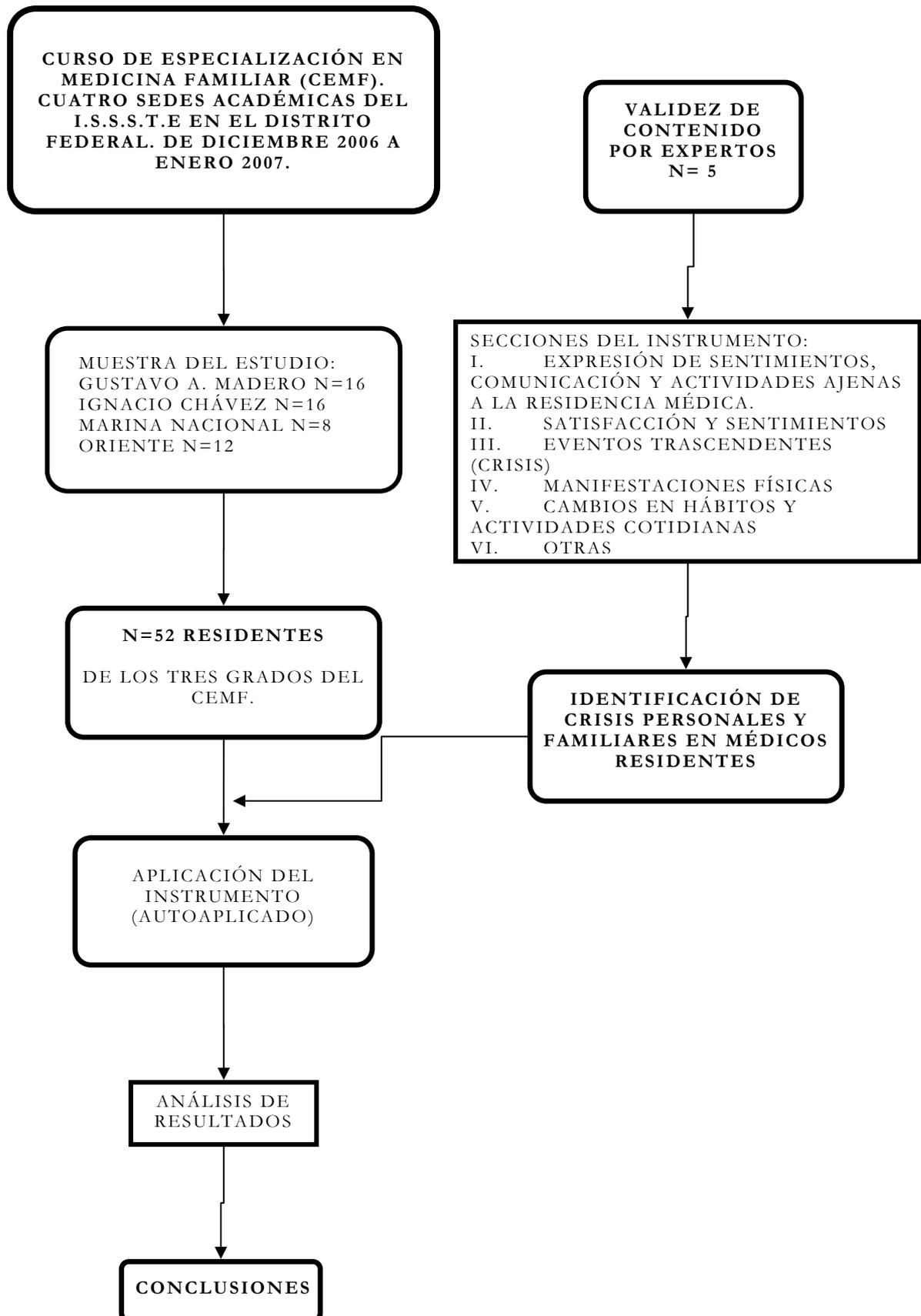
### 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.

La población de referencia está constituida por los residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar (CUEMF) de las cuatro sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal. Muestra no aleatoria, representativa del CUEMF del ISSSTE en el Distrito Federal.

Se realizó la validez de contenido por expertos, lo que incluyó un comité de cinco terapeutas familiares. Dicho comité realizó distintas sesiones con la autora del presente trabajo, de manera individual, siendo un total de 15 sesiones y 30 horas aproximadamente, para concluir en un instrumento que identificara crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, el cual constó de seis secciones encaminadas a explorar las distintas áreas que se pueden afectar cuando se presentan crisis personales o familiares en un individuo. Dicho instrumento se aplicó en un periodo de Diciembre de 2006 a Enero de 2007.

Finalmente, se llevó a cabo la clasificación teórica de las crisis personales o familiares, así como las relaciones establecidas en los objetivos específicos. Ver Figura 1.

**FIGURA 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.**



### 2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

El presente estudio se realizó en cuatro sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal, en médicos residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar en un período comprendido entre Diciembre de 2006 a Enero de 2007.

### 2.4. MUESTRA.

Se tomó toda la población inscrita en las cuatro sedes del Distrito Federal, con un total de 52 residentes, distribuidos en los tres grados del curso de especialización, por lo que se trata de una muestra no aleatoria, representativa de todos los alumnos por grados y sedes del Curso de Especialización en Medicina Familiar (CEMF) del ISSSTE en el Distrito Federal.

### 2.5. CRITERIOS

#### 2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Médicos residentes de medicina familiar de las cuatro sedes académicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el Distrito Federal de los tres grados de la especialidad que aceptaron colaborar en el presente estudio.

#### 2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Médicos residentes del curso de especialización que no aceptaron colaborar.

#### 2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

2.5.3.1 Cuestionarios incompletos.

2.5.3.2. Aquellos que decidieran suspender la aplicación del instrumento.

## **2.6. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE VALIDACIÓN.**

### **2.6.1. CONCEPTO Y TIPOS DE VALIDEZ.**

La **validez** es uno de los más importantes criterios de la certeza de un estudio, junto con la fiabilidad<sup>27</sup>. Validez significa que la definición se ajusta al concepto. Debe referirse justamente a ese concepto y no a algo similar<sup>28</sup>. Si la definición es válida, se está midiendo justamente lo que se pretende medir y no otra cosa<sup>26</sup>. La validez de un estudio indica la exactitud con que éste mide efectivamente aquello que se pretende. En el caso del presente estudio, se trata de un instrumento para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes, por lo que, al obtener su validez, se puede asegurar que cumple con el objetivo mencionado y no con algún otro. Una prueba o escala es válida de acuerdo con el propósito científico o práctico de quien la utiliza<sup>29</sup>.

Hay que distinguir entre validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. La validez de contenido se da cuando el estudio o las tareas a realizar contienen ya las cualidades a medir; la validez de criterio cuando el valor obtenido de un estudio se pone en relación con un valor de criterio; y la validez de constructo o conceptual cuando el grado en que mide un concepto o construcción determinada expresa la base teórica del estudio<sup>30</sup>.

La clasificación más importante de los tipos de validez es la que creó un comité conjunto de la Asociación Psicológica Americana, la Asociación Americana de Investigación Educativa y el Consejo Nacional de Mediciones utilizadas en Educación. Se incluyen tres tipos de validez: de contenido, relacionada con el criterio y de constructo<sup>26</sup>. Además de la validez de apariencia.

La **validez aparente o de facie**, no es una validez en el sentido técnico, se refiere a aquello que la prueba aparenta medir. Individuos entrenados o sin entrenamiento observarían la prueba y decidirían si ésta mide lo que se supone que debe medir. No se calcula la cuantificación del juicio ni tampoco un índice del acuerdo entre jueces<sup>26</sup>.

La **validez de contenido** es la representatividad o la adecuación de muestreo del contenido –la sustancia, la materia, el tema- de un instrumento de medición. La validación de contenido consiste esencialmente de juicio. Solo o con otros, el investigador juzga la representatividad de los reactivos. Los reactivos de una prueba deben estudiarse y se debe ponderar la representatividad supuesta de cada reactivo en el universo, lo cual quiere decir que cada reactivo debe juzgarse respecto a su supuesta relevancia respecto a la propiedad que se mide; no es una tarea fácil. Por lo común, otros jueces “competentes” deben juzgar el contenido de los reactivos. De ser posible, el universo de contenido debe estar claramente definido; es decir, se les deben facilitar a los jueces instrucciones específicas para realizar juicios, así como las especificaciones sobre lo que está juzgando. La validez de contenido es cuantificable a través del empleo de índices de concordancia de las evaluaciones de los jueces<sup>26</sup>.

La **validez relacionada con el criterio** se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables externas, o criterios, que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia. Se divide en: validez predictiva y validez concurrente. La validez predictiva involucra el uso de desempeños del criterio futuros; mientras que la validez concurrente mide el criterio casi al mismo tiempo. En este sentido, la prueba sirve para evaluar el estatus presente del individuo<sup>26</sup>.

La **validez de constructo** es uno de los avances científicos más importantes de la teoría y de la práctica de la medición moderna. Representa un avance significativo ya que liga conceptos y prácticas psicométricos con conceptos teóricos. Por lo tanto, no solo se valida la prueba, se intenta validar la teoría que está detrás de la prueba. Este último aspecto es lo que diferencia a este tipo de validez, su preocupación por la teoría, los constructos teóricos y la investigación científica empírica, incluyendo la comprobación de relaciones hipotetizadas<sup>26</sup>.

Por lo tanto, se debía contar con un instrumento para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes del curso de

especialización en medicina familiar, para lo cual se llevó a cabo un proceso de validación de contenido, en el que se invitó a un comité de terapeutas familiares (jueces) a los que se les especificó los objetivos que debía ayudar a cumplir el instrumento en validación (ver 2.6.3.1.1), lo que se realizó en distintas etapas con sus observaciones, comentarios y cambios al instrumento propuesto por la autora del presente trabajo.

## 2.6.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS CONSTRUCTOS TEÓRICOS PARA EL DESARROLLO DEL INSTRUMENTO.

Basado en lo referido por Slaikeu<sup>20</sup> como un breve cuestionario que el clínico puede utilizar para sintetizar los datos de la valoración del paciente en crisis, una guía para estructurar la entrevista de valoración o para tener una hoja de síntesis para registrar la información recopilada de parte de los pacientes, miembros de la familia, fuentes de referencia y otros; es que surge el cuestionario utilizado como instrumento en el presente trabajo, tomando en cuenta que las preguntas se encaminaron a la residencia médica como período de tiempo y no como un evento de crisis en los residentes del estudio.

La principal fuente de información es la entrevista clínica, entender al paciente como un sistema conformado por 5 subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (CASIC) <sup>20</sup>.

*Conductual:* patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco. Métodos habituales para evitar el estrés.

*Afectivo.* Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas arriba; presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros; capacidad para incidir en las circunstancias de la vida. Sentimientos manifiestos o encubiertos.

*Somático.* Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualesquier otros malestares somáticos; estado general de relajamiento/tensión; sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.

*Interpersonal.* Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; potenciales y dificultades interpersonales; número de amigos, frecuencia de contacto con amigos y conocidos; el papel asumido con varios amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, al mismo nivel); modo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); estilo interpersonal básico (simpático, receloso, manipulador, explosivo, sumiso, dependiente).

*Cognoscitivo.* Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos de la vida y razones para su validez, creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, delirios, alucinaciones, diálogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide; actitudes generales (positivas/negativas) hacia la vida.

### 2.6.3 PROCESO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO.

#### 2.6.3.1 INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE EXPERTOS.

Se convocó a un grupo de expertos en terapia familiar, los cuales, además de ser terapeutas, se encontraban en contacto con médicos residentes o estudiantes, lo cual coadyuvó y representó una condición importante para facilitar la construcción del instrumento.

El grupo de expertos estuvo conformado como sigue:

**1. Lic. Velázquez RM.**

Trabajador Social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias desde 1987.

Terapeuta familiar del Instituto Personas desde 2003.

En contacto constante con médicos residentes de Neumología, así como con estudiantes de pregrado en Medicina.

**2. Lic. Islas PT.**

Maestra en matemáticas desde 1987.

Profesora de matemáticas en el Instituto Politécnico Nacional desde 1997.

Terapeuta familiar del Instituto Personas desde 2003.

En contacto con alumnos de nivel bachillerato y licenciatura.

**3. Dra. Valadés RB.**

Médico familiar desde 1982, actualmente ejerciendo en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero.

Terapeuta familiar del Instituto de Entrenamiento e Investigación en Psicoterapia de Pareja y Familia desde 2003.

En contacto con residentes de medicina familiar y médicos de la subespecialidad en orientación familiar.

**4. Dr. Quiroz PR.**

Médico familiar desde 1974.

Terapeuta familiar del Instituto de la Familia desde 1991.

Profesor del curso de subespecialidad en orientación familiar UNAM/ISSSTE desde 2004.

En contacto constante con residentes en medicina familiar y médicos de la subespecialidad en orientación familiar.

**5. Dr. Hernández HM.**

Médico familiar desde 1992.

Terapeuta familiar desde 2006.

Profesor del curso de subespecialidad en orientación familiar UNAM/ISSSTE desde 2006.

En contacto con médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar y médicos de la subespecialidad en orientación familiar.

**6. Dra. Monroy CC.**

Médico familiar desde 1982.

Terapeuta familiar y de pareja del Instituto de la Familia desde 1995.

Profesor del curso de subespecialidad en orientación familiar UNAM/ISSSTE desde 1992.

En contacto constante con residentes en medicina familiar y médicos de la subespecialidad en orientación familiar.

**7. Dr. Rodríguez LJ.**

Médico familiar desde 1987.

Terapeuta familiar desde 1992.

Profesor titular del curso de especialización en orientación familiar UNAM/ISSSTE desde 2004.

En contacto con médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar y médicos de la subespecialidad en orientación familiar.

- ♦ Se solicitó la colaboración de los médicos antes mencionados de manera personal y directa por parte de la autora de este trabajo.
- ♦ Se les facilitó el protocolo de investigación, los objetivos del estudio y la propuesta inicial del instrumento (anexo 3) para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar.
- ♦ La propuesta inicial del instrumento (anexo 3) fue realizada por la autora del presente trabajo en base a la bibliografía consultada, la cual representó un instrumento con validez de apariencia para la identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes.
- ♦ Se informó al comité de expertos la intención de realizar la validez de contenido de un instrumento para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes.
- ♦ De manera inmediata algunos y otros en una semana, entregaron a la autora sus observaciones y comentarios sobre el instrumento (cinco terapeutas).
- ♦ Con el fin de obtener resultados pronto y oportunos, la autora del presente trabajo visitó a los terapeutas en sus lugares de trabajo: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Politécnico

Nacional, Departamento de Medicina Familiar en Ciudad Universitaria, consultorio privado, clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero.

- ♦ Cinco de siete terapeutas convocados otorgaron una respuesta favorable y rápida colaborando en este proceso.
- ♦ Se realizaron varias sesiones y entrevistas entre el comité de expertos y la autora del presente trabajo, recibiendo observaciones y ajustes al instrumento, haciéndolos y sometiendo el instrumento a nuevas revisiones, llegando a un consenso al cabo de un mes.
- ♦ Se consideró que cinco terapeutas familiares era un número suficiente de los mismos para continuar el proceso.
- ♦ Se realizaron lo más pronto posible las modificaciones indicadas por cada uno de los expertos al instrumento (anexo 4).
- ♦ Se les visitó de nueva cuenta para la revisión y aprobación del instrumento, realizando otros cambios y modificaciones (anexos 5 y 6).
- ♦ Los cambios y modificaciones sugeridos por cada uno de los terapeutas se comunicaron de manera verbal y escrita por parte de la autora al resto del comité.
- ♦ Se llevaron a cabo todos los cambios y ajustes necesarios para que los terapeutas estuvieran de acuerdo con el instrumento para cumplir los objetivos trazados para el mismo.
- ♦ La autora debía condensar las opiniones y modificaciones de todos y cada uno de los terapeutas del comité, plasmándolo en los cambios realizados al instrumento.
- ♦ Habiendo hecho las modificaciones finales, los terapeutas participantes realizaron una nueva revisión del mismo, firmando el visto bueno para su aplicación (anexo 10).

#### 2.6.3.1.1 OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO.

Los objetivos trazados para el instrumento fueron:

1. Identificar crisis familiares en los médicos residentes de medicina familiar.
2. Relacionar la presencia de crisis con el género, sede de residencia médica y grado en la misma en el momento del estudio.
3. Identificar la etapa del ciclo evolutivo familiar por el que atraviesan en el momento del estudio.

4. Relacionar la etapa del ciclo vital que presentan con las posibles causas de crisis.
5. Identificar síntomas físicos, cambios en los hábitos y actividades de los residentes antes y durante la residencia médica y su relación temporal con la aparición o duración de eventos trascendentes de su vida que representen crisis.
6. Identificar la influencia de la residencia médica en los médicos residentes en cuanto al diagnóstico de sus propias crisis familiares, así como para enfrentar y/o resolver las mismas.

#### 2.6.3.2 ETAPAS PARA EL DISEÑO Y CREACIÓN DEL INSTRUMENTO.

De acuerdo a las observaciones que los expertos hicieron a la autora del presente trabajo, se realizaron modificaciones a la propuesta inicial en distintas ocasiones, con el fin de que el comité pudiera evaluar los cambios y realizara nuevas observaciones al instrumento para ajustarlo hasta cubrir los objetivos trazados para el mismo. Dichas modificaciones a la propuesta inicial se realizaron de acuerdo a las observaciones que cada uno de los expertos aportó, solicitando la opinión del resto del comité de manera individual para lograr un enfoque objetivo y al final llegar a un consenso general.

De acuerdo a las distintas opiniones de los expertos, se modificaron las preguntas, su permanencia en el instrumento o no, así como su planteamiento, sus opciones de respuesta o incluso el vocabulario más idóneo utilizado en el mismo. Describiendo dichos cambios como etapas para el diseño y creación del instrumento.

##### 2.6.3.2.1 PROPUESTA INICIAL DEL INSTRUMENTO.

Con los fundamentos bibliográficos y el cuestionario de Slaikeu como base, éste se modificó encaminado a la residencia médica y a los datos indispensables a obtener en cada uno de los residentes para situarlos en un ciclo vital, un lugar y condiciones generales que orientaran sobre su situación actual que pudiera condicionar la aparición de crisis en ellos.

La propuesta inicial del instrumento fue realizada por la autora del presente trabajo (ver anexo 3).

La propuesta inicial del instrumento estuvo conformada como sigue:

- ◆ Preguntas 1-9. Abiertas. Ficha de identificación general del residente.
- ◆ Pregunta 10. Cuadro. Ficha de identificación integrantes de la familia que vivían con el residente.
- ◆ Pregunta 11. Cuadro. Relaciones interpersonales. Opciones de respuesta: satisfactoria, aceptable o conflictiva-abrumadora.
- ◆ Pregunta 12, 13. Cerradas. Identificación de crisis familiares y contribución de la residencia en medicina familiar para identificarlas. Opciones de respuesta tipo likert: Nunca, casi nunca, ocasionalmente, casi siempre y siempre.
- ◆ Pregunta 14. Cerrada. Cambios en distintos hábitos (sueño, alimentación, fumar, alcohol, drogas y medicinas, trabajo, actividades de tiempo libre y rutina de ejercicio). Opciones de respuesta: más o menos.
- ◆ Pregunta 15. Cerrada. Satisfacción respecto a sus hábitos. Opciones de respuesta: sí o no.
- ◆ Pregunta 16. Cerrada. Satisfacción antes de entrar a la residencia médica. Opciones de respuesta: muy satisfecho, moderadamente satisfecho, completamente satisfecho, un poco satisfecho o insatisfecho con su vida.
- ◆ Pregunta 17. Abierta. Tres actividades favoritas el año previo a entrar a la residencia médica.
- ◆ Pregunta 18. Cerrada. Tiempo empleado para las actividades favoritas. Opciones de respuesta: mucho menor, menor, el mismo, mayor, mucho mayor.
- ◆ Pregunta 19. Cerrada. Lista de sentimientos e identificar cuales lo describían en el transcurso de la residencia médica. Opciones de respuesta: excitado, enojado, solo, feliz, aturdido, relajado, satisfecho, abrumado, tenso, jovial, optimista, intranquilo, temeroso, receloso, energético, culpable, contento, cómodo, aburrido, exhausto y otros.

- ♦ Pregunta 20-22. Abiertas. Cinco sentimientos característicos antes de la residencia médica, tres sentimientos que deseaba experimentar con menos frecuencia y tres que deseaba experimentar con más frecuencia.
- ♦ Pregunta 23. Abierta. Completar dos oraciones: siento que estoy en mi mejor condición cuando\_\_\_ y me siento de lo peor cuando\_\_\_.
- ♦ Pregunta 24. Cerrada. Síntomas físicos desde la entrada a la residencia. Opciones de respuesta: dolores de cabeza, presión baja/alta, pérdida de peso, artritis, dolor abdominal, menstruación dolorosa, dolores estomacales, asma, confusión, taquicardias, alergias, ataques de mareo, disminución de la energía, disminución del interés por el sexo, complicaciones intestinales, tics, sentimientos de desamparo, cansancio. Además, indicaban aquellos relacionados con una fecha en especial, así como, desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales, sociales y otras.
- ♦ Pregunta 25. Cerrada. Problemas que lo inquietaron en un momento anterior de su vida. Repasando la lista anterior.
- ♦ Pregunta 26. Cerrada y abierta. Si estaba sometido a algún tratamiento médico. Opciones de respuesta: sí o no. Si respondía SÍ, enumeraba medicamentos, diagnóstico y médico tratante.
- ♦ Pregunta 27. Cerrada. Tensión física. Opciones de respuesta: escala de cómodamente relajado (1) hasta extremadamente tenso (7).
- ♦ Pregunta 28. Abierta. Parte de su cuerpo más tensa.
- ♦ Pregunta 29. Cerrada. Que tan cerca se sentía de su familia. Opciones de respuesta: sí, muy cerca; moderadamente cerca, neutra, distante y muy distante.
- ♦ Pregunta 30. Abierta. Lista de los mejores amigos.
- ♦ Pregunta 31. Abierta. La persona más importante en su vida.
- ♦ Pregunta 32. Cerrada. Miembro de algún club social, cofraternidad, etc. Especificar.
- ♦ Pregunta 33. Abierta. Actividades en las que participó el mes pasado.
- ♦ Pregunta 34. Cerrada. Acude a alguien cuando necesita ayuda o quiere hablar. Opciones de respuesta: No, no me gusta pedir ayuda o Sí, me pongo en contacto con: \_\_\_\_\_.

♦ Pregunta 35. Cerrada. Contribución de la residencia para resolver sus crisis. Opciones de respuesta tipo likert: Nunca, casi nunca, ocasionalmente, casi siempre y siempre.

♦ Pregunta 36. Abierta. Eventos trascendentes en su vida, durante el transcurso de la residencia médica.

#### 2.6.3.2.2 PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 1.

Modificaciones hechas de acuerdo a las observaciones y ajustes por parte del comité de expertos (anexo 4).

♦ Se quitó la pregunta 7, de los integrantes de su familia con los que vive, ya que se enumerarían en el cuadro de ficha de identificación familiar.

♦ En el cuadro familiar se modificó origen por lugar de nacimiento.

♦ Se quitó la pregunta 11 de las relaciones interpersonales, ya que las opciones de respuesta se prestaban a confusión.

♦ La pregunta 12 se cambió al número 19, con las mismas opciones de respuesta, casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre.

♦ La pregunta 13 tomó el número 20 con las opciones de respuesta iguales a la 19.

♦ La pregunta 14 se dividió en 8, advirtiendo cambios en sueño, alimentación, fumar, alcohol, drogas y medicinas, trabajo, rutina de ejercicio, actividades de tiempo libre, con cinco opciones de respuesta casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre.

♦ La pregunta 15 se cambió, por lo tanto, al número 29.

♦ La pregunta 16 se replanteó en el número 30 como antes de que entrara a la residencia médica, en general usted estaba muy, moderadamente, completamente, un poco satisfecho o insatisfecho con su vida, teniendo como opciones de respuesta solo sí o no.

♦ Las preguntas 17 y 18 sobre actividades favoritas anteriores a la residencia médica se recorrieron a la 31 y 32.

♦ Las preguntas 19 a 22 se cambiaron a las 33 a 36 con respecto a la lista de sentimientos que había experimentado, cuales quería experimentar con mayor o menor frecuencia.

- ♦ Se suprimió la pregunta 23 por no encontrar trascendencia para el presente estudio.
- ♦ La pregunta 24 se replanteó y en vez de dar como opciones la lista de molestias físicas, se dejó abierta en la pregunta 37, considerando no condicionar o limitar las opciones de respuesta.
- ♦ Al eliminar la lista de molestias físicas, se eliminó por consiguiente la pregunta 25 respecto a dichas molestias antes de la residencia médica, ya que se estaría evaluando solo el periodo de tiempo de la residencia médica.
- ♦ La pregunta 26 sobre tratamientos médicos actuales se consideró en la 38.
- ♦ Las preguntas 27 y 28 se eliminaron ya que sus opciones de respuesta se prestaban a confusión y las escalas de respuesta ocasionaron mucha controversia entre los expertos.
- ♦ La pregunta 29 sobre la cercanía con la familia, se replanteó en la pregunta 13 como ¿se siente usted cerca de su familia? Con opciones de respuesta desde casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre.
- ♦ La pregunta 30 sobre los mejores amigos se cambió a la pregunta 14.
- ♦ Se eliminó la pregunta 31 sobre la persona más importante en su vida, por no encontrar suficiente sustento y trascendencia para los objetivos del presente estudio.
- ♦ Las preguntas 32, 33 y 34 se cambiaron a la 15, 16 y 17 por explorar sobre lo anterior a la residencia médica.
- ♦ La pregunta 35 se recorrió a la 39 por explorar solo la perspectiva de los residentes sobre la contribución de la especialidad en medicina familiar para resolver sus crisis.
- ♦ La pregunta 36 tomó el lugar número 18, sobre eventos trascendentes durante el transcurso de la residencia médica.
- ♦ Solo las preguntas 10-13, 19-28, 39 y 40 tenían opciones tipo Likert; el resto (24) serían abiertas o de opciones sí o no.

#### 2.6.3.2.3 PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 2.

Modificaciones hechas de acuerdo a las observaciones y ajustes por parte del comité de expertos (anexo 5).

- ♦ La palabra expresar se cambió por comunicar en la pregunta 11.
- ♦ La pregunta 13 se replanteó a ¿se ha sentido aislado de su familia? Con las mismas opciones de respuesta.
- ♦ En la pregunta 22 se especificó ¿la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificar sus crisis? Con las mismas opciones de respuesta ubicándola al final del cuestionario ya que es sobre la perspectiva del residente.
- ♦ Se cambiaron las opciones de respuesta a: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, eliminando las opciones de pocas veces y muchas veces, dando una gama de respuestas con extremos más radicales.

#### 2.6.3.2.4 PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 3.

Modificaciones hechas de acuerdo a las observaciones y ajustes por parte del comité de expertos (anexo 6).

- ♦ Se suprimió el rubro de nombre, para hacerlo de manera anónima y facilitar la aportación de datos con mayor veracidad. De esta manera, quedaron 35 preguntas que contribuyeron a lograr los objetivos señalados, por lo que se creó una división del instrumento por secciones (seis), que representaron los aspectos más relevantes y generales a evaluar por el instrumento para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar.

Las secciones quedaron como sigue:

#### **SECCIÓN I.**

**EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS, COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES AJENAS A LA RESIDENCIA MÉDICA.**

Preguntas 9 y 10.

En cuanto a las manifestaciones de afecto en su familia y su expresión de sentimientos, las respuestas NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, CASI SIEMPRE y SIEMPRE.

Pregunta 11.

En cuanto a la cercanía con su familia, las respuestas NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, CASI SIEMPRE y SIEMPRE.

Pregunta 13.

SÍ o NO pertenecía a un grupo social.

Pregunta 14.

Hace candado con la pregunta 13, debiendo referir si ha participado en actividades relacionadas al grupo social al que pertenecía durante el último mes.

Pregunta 15.

Respuestas dicotómicas: SÍ o NO le gusta pedir ayuda y si la pide a quien acude.

## **SECCIÓN II.**

### **SATISFACCIÓN Y SENTIMIENTOS.**

Pregunta 16.

Respuestas dicotómicas: SÍ o NO estaba satisfecho con sus hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo de recreación, consumo de drogas y alcohol, sueño.

Pregunta 17 y 21.

En la comparación antes de la residencia y durante su residencia, MUY SATISFECHO, MODERADAMENTE SATISFECHO, COMPLETAMENTE SATISFECHO, UN POCO SATISFECHO e INSATISFECHO.

Pregunta 22.

En la lista de sentimientos contento, satisfecho, feliz, optimista, jovial, cómodo, relajado, excitado, culpable, intranquilo, receloso, energético, tenso, abrumado, aburrido, aturdido, solo, enojado y otros.

## **SECCIÓN III.**

### **EVENTOS TRASCENDENTES.**

Pregunta 20.

Enumerar una o más crisis durante el transcurso de su residencia, quedando abierta considerando que cualquier evento podría desencadenar una crisis en el médico residente, aún más, como residente en medicina familiar indicaba su habilidad para identificar sus propias crisis y poderlas enumerar.

#### **SECCIÓN IV.**

##### **MANIFESTACIONES FÍSICAS.**

Pregunta 23.

Si aceptaba que había tenido molestias físicas a partir de su entrada a la residencia.

Si aceptaba tener “otras” molestias, gastritis, taquicardia, cefalea, pérdida de peso, alergia, mareo, tics, asma, cansancio, dismenorrea, dolor abdominal, confusión, colitis, disminución de la libido o alteraciones de presión arterial.

Pregunta 24.

Si es que estaba sometido en ese momento a un tratamiento médico.

#### **SECCIÓN V.**

##### **CAMBIOS EN HABITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

Pregunta 19.

Si había cambiado el tiempo invertido en sus actividades favoritas siendo: MUCHO MENOR, MENOR, EL MISMO, MAYOR y MUCHO MAYOR.

Preguntas 25-32.

En cuanto a sus actividades y hábitos de sueño, trabajo, tabaco, alcohol, empleo de tiempo libre, drogas y medicina, las respuestas NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, CASI SIEMPRE y SIEMPRE.

#### **SECCIÓN VI.**

##### **OTRAS.**

En este grupo se encontraban aquellas en relación a datos personales, integrantes de la familia y la influencia de la residencia en medicina familiar en identificar, enfrentar y resolver sus propias crisis. Que daban los datos necesarios para inferir su ciclo vital y una perspectiva de los residentes en cuanto a estos rubros.

Después de estas etapas, el grupo de expertos revisó nuevamente el instrumento, de manera individual, considerando que resultaba óptimo para lograr sus objetivos, sin embargo, ahora se debía contar con un método de puntuación.

### 2.6.3.3. ESCALA DE PUNTUACIÓN.

Por mayoría, los expertos estuvieron de acuerdo en el orden y las preguntas seleccionadas para construir el instrumento idóneo que al final cubriría los objetivos delineados para el presente estudio, sin embargo, se consideró un método para evaluación y calificación. Para tal fin, se decidió darle una puntuación por sección, por pregunta y por opciones de respuesta.

El punto clave del cuestionario fue la presencia o ausencia de crisis personales o familiares, por lo que a la sección III (eventos trascendentes) se le dió la mayor puntuación. Basados en la bibliografía consultada y en la pauta que dan los cambios de hábitos y las molestias físicas acompañantes a una crisis, a las secciones IV y V se les otorgó una puntuación que representa solo un 50% del valor de la sección III, para cada una de ellas, así como a la sección II con respecto a la satisfacción y sentimientos experimentados durante la residencia. De la misma forma, otros rubros considerados de relevancia en los médicos residentes de medicina familiar como expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica en la sección I tendría un 25% del valor de la sección III.

Se decidió por consenso darle un valor de 100 a la sección III y con respecto a ella el valor asignado al resto de las secciones dividido en las preguntas que las conforman y sus respuestas. La sección I como tal debía valer 25 puntos. Las secciones II, IV y V cada una de ellas 50 puntos.

El valor en puntos asignado por unanimidad para cada sección se muestra en el cuadro 7.

**CUADRO 7**  
**ESCALA DE PUNTUACIÓN**

| SECCIÓN | NOMBRE   | PUNTOS |
|---------|--|--------|
| I       | EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS, COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES AJENAS A LA RESIDENCIA MÉDICA. | 25     |
| II      | SATISFACCIÓN Y SENTIMIENTOS  | 50     |
| III     | EVENTOS TRASCENDENTES.   | 100    |
| IV      | MANIFESTACIONES FÍSICAS.   | 50     |
| V       | CAMBIOS EN HABITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS.   | 50     |
| TOTAL   |  | 275    |

Habiendo resuelto los puntos por sección, se procedió entonces a dividirlos y asignar puntuación a cada pregunta, según sus opciones de respuesta, dando un mayor valor a lo que representaba un mayor riesgo de crisis, quedando los valores como sigue (anexo 7):

**SECCIÓN I. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS, COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES AJENAS A LA RESIDENCIA MÉDICA. 25 puntos.**

Pregunta 9 y 10. Máximo 8 puntos.

En cuanto a las manifestaciones de afecto en su familia y su expresión de sentimientos, la respuesta NUNCA = 4 puntos, CASI NUNCA = 3 puntos, A VECES = 2 puntos, CASI SIEMPRE = 1 punto y SIEMPRE = 0 puntos.

Pregunta 11. Máximo 4 puntos.

En cuanto a la cercanía con su familia, la respuesta NUNCA = 0 puntos, CASI NUNCA = 1 punto, A VECES = 2 puntos, CASI SIEMPRE = 3 puntos y SIEMPRE = 4 puntos.

Pregunta 13. Máximo 6 puntos.

NO pertenece a un grupo social = 6 puntos.

Pregunta 15. Máximo 7 puntos.

NO le gusta pedir ayuda = 7 puntos.

**SECCIÓN II. SATISFACCIÓN Y SENTIMIENTOS. 50 puntos.**

Pregunta 16. Máximo 6 puntos.

Si estaba satisfecho con sus hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo de recreación, consumo de drogas y alcohol, sueño, 0 puntos.

NO estaba satisfecho con sus hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo de recreación, consumo de drogas y alcohol, sueño, 1 punto en cada rubro.

Pregunta 17 y 21. Máximo 20 puntos.

En la comparación antes de la residencia y durante su residencia, MUY SATISFECHO = 2 puntos, MODERADAMENTE SATISFECHO = 6 puntos, COMPLETAMENTE SATISFECHO = 4 puntos, UN POCO SATISFECHO = 8 puntos e INSATISFECHO = 10 puntos.

Pregunta 22. Máximo 24 puntos.

En la lista de sentimientos contento, satisfecho, feliz, optimista, jovial, cómodo y relajado, 0 puntos; excitado, culpable, intranquilo, celoso y energético, 1 punto cada uno; tenso, abrumado y aburrido, 2 puntos; aturdido, solo y enojado, 3 puntos cada uno; si mencionan otro sentimiento = 4 puntos.

### **SECCIÓN III. EVENTOS TRASCENDENTES. 100 puntos.**

Pregunta 20.

Si enumera una o más crisis durante el transcurso de su residencia tendrá un valor de 100 puntos.

### **SECCIÓN IV. MANIFESTACIONES FÍSICAS. 50 puntos.**

Pregunta 23. Máximo 35 puntos.

Si aceptaba que había tenido molestias físicas a partir de su entrada a la residencia = 15 puntos.

Si aceptaba tener "otras" molestias, gastritis, taquicardia o cefalea, cada una = 2 puntos y cada uno de los otros síntomas un punto.

Pregunta 24.

Si estaba sometido en ese momento a un tratamiento médico = 15 puntos.

### **SECCIÓN V. CAMBIOS EN HABITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS. 50 puntos.**

Pregunta 19. Máximo 18 puntos.

Si había cambiado el tiempo invertido en sus actividades favoritas siendo: MUCHO MENOR = 6 puntos, MENOR = 4 puntos, EL MISMO = 0 puntos, MAYOR = 2 puntos y MUCHO MAYOR = 3 puntos.

Preguntas 25-32. Máximo 32 puntos.

En cuanto a sus actividades y hábitos, NUNCA = 0 puntos, CASI NUNCA = 1 punto, A VECES = 2 puntos, CASI SIEMPRE = 3 puntos y SIEMPRE = 4 puntos.

## **SECCIÓN VI. OTRAS.**

En este grupo se encontraban aquellas en relación a datos personales, integrantes de la familia y la influencia de la residencia en medicina familiar en identificar, enfrentar y resolver sus propias crisis, que por dar los datos necesarios para inferir su ciclo vital y una perspectiva de los residentes en cuanto a estos rubros, tuvo un valor de cero, ya que no representaban como tal, manifestaciones de crisis personales o familiares.

### **2.6.3.4 ESCALA DE EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN.**

Una vez asignada la puntuación por pregunta, opciones de respuesta y sección, se tuvo un rango de puntuación desde cero hasta 275 puntos.

El objetivo primordial del instrumento fue identificar crisis personales y familiares en médicos residentes, por lo que la sección III, sobre eventos trascendentes durante la residencia médica (100 puntos) fue la pauta a seguir para interpretar los resultados.

La presencia de crisis, según la bibliografía consultada, con mayor frecuencia se acompaña de síntomas físicos (sección IV), cambios en los hábitos de vida (sección V), insatisfacción (sección II) y, en menor medida, de problemas para la expresión de sentimientos y comunicación (sección I). Por lo tanto, la presencia de crisis aunada a síntomas físicos sumaba mínimo 150 puntos, o acompañada de cambios en los hábitos sumaba 150 puntos; pudiendo presentar los dos, con un máximo de 200 puntos y si se acompañaba además de problemas en la expresión de sentimientos y comunicación un máximo de 275 puntos.

Por unanimidad, en consenso con los expertos se decidió la siguiente escala de evaluación para su interpretación:

|            |                  |
|------------|------------------|
| SIN CRISIS | 0 – 150 puntos   |
| CON CRISIS | 151 – 275 puntos |

### 2.6.3.5 INTEGRACION DE LAS PREGUNTAS SEGÚN LOS OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO.

Según los objetivos del instrumento (2.6.3.1.1), se agruparon las preguntas del mismo de acuerdo a lo que facilitaban cumplir, ver cuadro 8.

**CUADRO 8**  
**PREGUNTAS POR OBJETIVOS**

| OBJETIVOS   | NÚMERO DE PREGUNTA        | DESCRIPCIÓN   |
|-------------|---------------------------|---|
| 1, 2,3 y 4. | 1-8.                      | Exploraban el género, la edad, estado civil, religión, los integrantes de la familia con los que vive, su grado y su sede de residencia médica. Aportaban datos sobre la etapa del ciclo vital que atravesaban en el momento del estudio y las posibles causas de crisis.   |
| 1           | 9-15                      | Exploraban expresión de afecto en su familia, comunicación, redes de apoyo (familia, amigos y otros grupos sociales). Representaban un dato a seguir en caso de que se detectara falta de expresión de sentimientos, comunicación o redes de apoyo. Eran una orientación para analizar más acerca de otros ítems pertenecientes a la familia, los amigos y otras actividades de tipo social.  |
| 1 y 5       | 16-19<br>21 y 22<br>23-32 | Exploraban satisfacción y actividades previas a la residencia médica.<br>Con el fin de concernirlos a manifestaciones de crisis surgidas en el transcurso de la residencia médica.<br>Exploraban satisfacción y sentimientos experimentados durante la residencia médica.<br>De acuerdo al grado de satisfacción y los sentimientos experimentados, representaban mayor riesgo de presentar crisis en el momento del estudio.<br>Exploraban los cambios en hábitos y actividades cotidianas, así como sintomatología física, enfermedades y tratamientos médicos de los médicos residentes durante la residencia en medicina familiar.<br>En caso de manifestarlos, debían corresponderse con la mención de eventos trascendentes en su vida que podían representar crisis. |
| 1 y 6       | 20, 33-35                 | Exploraban la influencia de la residencia médica en la identificación, enfrentamiento y resolución de las propias crisis en los residentes de medicina familiar.  |

#### 2.6.4. PRUEBA PILOTO.

Habiendo llegado a un consenso acerca de las preguntas idóneas, las opciones de respuesta, el vocabulario empleado y la puntuación otorgada, se decidió realizar una prueba piloto en personal médico no perteneciente a la residencia en medicina familiar. Se aplicaron 25 cuestionarios que aportaron datos importantes para realizar las últimas modificaciones al instrumento.

Datos que aportó la prueba piloto:

- ◆ Autoaplicado en 10 a 15 minutos, sin dudas en el vocabulario.
- ◆ Se decidió hacerlo más explícito en algunas preguntas, como sigue:
  - En la pregunta 8, se agregó la frase: “complete la siguiente ficha...”
  - En la pregunta 15, se agregó una línea más para describir con quien se ponía en contacto.
  - En la pregunta 16, se agregó la opción NO APLICA, para aquellos que no fumaban o no consumían drogas o alcohol, teniendo un valor de cero puntos.
  - En la 22, se especificó “marque con una cruz...” y “puede marcar más de una opción”.
  - De la pregunta 25 a la 32, se integró la frase: DURANTE EL TRANCURSO DE SU RESIDENCIA MÉDICA HA NOTADO:”.
  - Las preguntas 25, 26 y 27 se trasladaron a la 30, 31 y 32, solo invirtiendo el orden de estas preguntas, quedando con la misma puntuación y opciones de respuesta.

#### 2.6.5. INTEGRACIÓN Y DISEÑO FINAL DEL INSTRUMENTO.

El formato final del instrumento se muestra en el anexo 1.

Obtenido el consenso acerca de las preguntas, la división por secciones, la puntuación y la escala de evaluación, los expertos realizaron una nueva revisión de los objetivos que debía cumplir el instrumento, así como los ítems del mismo que se encaminan a cada uno de ellos,

concediendo su visto bueno (anexo 10) y finalizando su participación en el proceso de validación de contenido del instrumento.

## 2.7. VARIABLES.

El grupo de expertos y la autora del presente estudio llegaron a un diseño final del instrumento (anexo 1) para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar, el cual consta de 35 preguntas divididas en seis secciones. Además, de un folio y ficha de identificación personal y familiar.

Consta de preguntas cerradas, abiertas y algunas de opción múltiple, a las que se les asignó un valor en puntos para su evaluación y calificación.

Las secciones, el número de preguntas que las conforman y su puntuación quedaron como sigue (ver cuadros 9 y 10): I. Expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica, que consta de 6 preguntas, 3 de ellas cerradas con opciones de respuesta tipo likert, una abierta y dos más con opciones sí o no, con una puntuación máxima total de 25 puntos, II. Satisfacción y sentimientos, que consta de 4 preguntas, 3 de ellas con respuestas de opción múltiple y una con seis rubros a responder sí, no o no aplica, con una puntuación máxima total de 50 puntos, III. Eventos trascendentes, la cual consta de una pregunta abierta con una puntuación máxima de 100 puntos, IV. Manifestaciones físicas, constituida por 2 preguntas de opción múltiple, con una puntuación máxima de 50 puntos, V. Cambios en hábitos y actividades cotidianas, que consta de 9 preguntas cerradas con una puntuación máxima de 50 puntos, VI. Otras, constituida por 6 preguntas, 4 abiertas y 3 cerradas, sin puntuación para la escala, sin embargo, principalmente consideran la perspectiva del residente respecto a la influencia de la especialidad en medicina familiar en la identificación y resolución de las crisis personales y familiares, así como la presencia o ausencia de amigos, actividades realizadas si pertenecen a un grupo social y actividades favoritas antes de entrar a la residencia.

**CUADRO 9**  
**VARIABLES DEL ESTUDIO**

| NOMBRE DE LA VARIABLE     | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALORES DE LA VARIABLE. OPCIONES DE RESPUESTA.   |
|---------------------------|------------------|--------------------|--|
| Folios y consentimiento   | Cuantitativa     | Continua           | Número consecutivo de 001 a 052  |
| Edad                      | Cuantitativa     | Continua           | Números enteros  |
| Sexo                      | Cualitativa      | Nominal            | 1=Femenino 2=Masculino   |
| Religión                  | Cualitativa      | Nominal            | 1=Católica 2=Testigo de Jehová<br>3=Sin religión   |
| Domicilio                 | Cualitativa      | Nominal            | 1=Álvaro Obregón 2=Azcapotzalco<br>3=Benito Juárez 4=Coyoacán<br>5=Cuajimalpa 6=Cauhtémoc<br>7=Gustavo A. Madero 8=Iztacalco<br>9=Iztapalapa 10=Magdalena<br>Contreras 11=Miguel Hidalgo<br>12=Milpa Alta 13=Tláhuac<br>14=Tlalpan 15=Venustiano<br>Carranza 16=Xochimilco 17=Otro   |
| Sede                      | Cualitativa      | Nominal            | 1=Gustavo A. Madero 2=Ignacio<br>Chávez 3=Marina Nacional<br>4=Oriente   |
| Grado                     | Cuantitativa     | Ordinal            | 0=Primero 1=Segundo 2=Tercero  |
| Integrantes de la familia | Cuantitativa     | Discontinua        | Valor del número de integrantes  |
| Tipo de familia           | Cualitativa      | Nominal            | 1= Con parentesco/nuclear 2= Con<br>parentesco/nuclear simple 3= Con<br>parentesco/nuclear numerosa 4=<br>Con parentesco/reconstruida 5=<br>Con parentesco/monoparental 6=<br>Con parentesco/monoparental<br>extendida 7= Con<br>parentesco/monoparental<br>extendida compuesta 8= Con<br>parentesco/extensa 9= Con<br>parentesco/extensa compuesta 10=<br>Con parentesco/no parental 11=<br>Sin parentesco/monoparental<br>extendida 12= Sin<br>parentesco/grupos similares a<br>familias |
| Etapa del ciclo vital     | Cualitativa      | Nominal            | 1= Matrimonio 2= Expansión 3=<br>Dispersión 4= Independencia 5=  |

|  |             |         |   |
|--|-------------|---------|---|
|  |             |         | Retiro  |
| Pregunta 9<br>En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:                                      | Cualitativa | Ordinal | 0=SIEMPRE 1=CASI SIEMPRE 2=A<br>VECES 3=CASI NUNCA 4=NUNCA    |
| Pregunta 10<br>Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:  | Cualitativa | Ordinal | 0=SIEMPRE 1=CASI SIEMPRE 2=A<br>VECES 3=CASI NUNCA 4=NUNCA    |
| Pregunta 11<br>¿Se ha sentido usted aislado de su familia?   | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A<br>VECES 3=CASI SIEMPRE<br>4=SIEMPRE |
| Pregunta 12<br>Haga una lista de sus mejores amigos, utilice su nombre de pila:  | Cualitativa | Nominal | Textual   |
| Pregunta 13<br>¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, grupo religioso, deportivo, etcétera?                        | Cualitativa | Nominal | 0=SI 6=NO   |
| Pregunta 14<br>Actividades en las que participó el mes pasado:   | Cualitativa | Nominal | Textual   |
| Pregunta 15<br>Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?            | Cualitativa | Nominal | 0=SI 7=NO   |
| Pregunta 16<br>Por favor, verifique lo siguiente con respecto a usted antes de entrar a la residencia médica:<br>Estaba satisfecho | Cualitativa | Nominal | 0=SI 1=NO 0=NO APLICA   |

|   |             |         |   |
|---|-------------|---------|---|
| con: sus hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo para la recreación, consumo de drogas y alcohol y sueño  |             |         |   |
| Pregunta 17<br>Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:   | Cualitativa | Ordinal | 2=MUY SATISFECHO<br>4=MODERADAMENTE SATISFECHO<br>6=COMPLETAMENTE SATISFECHO<br>8=UN POCO SATISFECHO<br>10=INSATISFECHO |
| Pregunta 18<br>Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:  | Cualitativa | Nominal | Textual   |
| Pregunta 19<br>Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para las actividades que mencionó en la pregunta anterior es:  | Cualitativa | Ordinal | 0=EL MISMO 2=MAYOR<br>3=MENOR 4=MUCHO MENOR<br>6=MUCHO MAYOR  |
| Pregunta 20<br>Enumere crisis personales o familiares que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron: | Cualitativa | Nominal | 100=Enumera crisis  |
| Pregunta 21<br>Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica,   | Cualitativa | Ordinal | 2=MUY SATISFECHO<br>4=MODERADAMENTE SATISFECHO<br>6=COMPLETAMENTE SATISFECHO 8=UN POCO                                  |

|   |             |         |   |
|---|-------------|---------|---|
| usted se ha sentido:  |             |         | SATISFECHO 10=INSATISFECHO  |
| Pregunta 22<br>Marque con una cruz los sentimientos que ha experimentado durante su residencia (puede marcar más de uno): | Cualitativa | Nominal | 0=Contento Satisfecho Feliz Optimista Jovial Cómodo Relajado<br>1=Excitado Culpable Intranquilo Receloso Energético 2=Tenso Abrumado Aburrido 3=Aturdido Solo Enojado 4=Otros                 |
| Pregunta 23<br>Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?  | Cualitativa | Nominal | 0=NO 15=SI 1= Alergia Cansancio Confusión Alteración TA Mareo Dismenorrea Colitis Tics Dolor abdominal Disminución de la libido Pérdida de peso Asma<br>2=Cefalea Taquicardia Gastritis Otras |
| Pregunta 24<br>¿Desde que entró a la residencia médica, ha usted iniciado algún tratamiento médico?                       | Cualitativa | Nominal | 0=NO 15=SI  |
| Pregunta 25<br>Cambios en sus hábitos de sueño:   | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 26<br>Cambios en sus hábitos de alimentación:  | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 27<br>Cambios en sus hábitos de trabajo:   | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 28<br>Cambios en su rutina de ejercicio:   | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 29<br>Cambios en sus actividades de tiempo libre:  | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 30<br>Cambios en su hábito de fumar o no fumar:  | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |
| Pregunta 31<br>Cambios en su consumo o no de  | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A VECES 3=CASI SIEMPRE 4=SIEMPRE   |

|  |             |         |   |
|--|-------------|---------|---|
| alcohol:   |             |         |   |
| Pregunta 32<br>Cambios en su utilización o no de drogas y medicinas:   | Cualitativa | Ordinal | 0=NUNCA 1=CASI NUNCA 2=A<br>VECES 3=CASI SIEMPRE<br>4=SIEMPRE |
| Pregunta 33<br>¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para poder identificar sus crisis?        | Cualitativa | Nominal | Textual   |
| Pregunta 34<br>¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis? | Cualitativa | Nominal | Textual   |
| Pregunta 35<br>¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?   | Cualitativa | Nominal | Textual   |

## 2.8. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

El instrumento validado constó de 35 preguntas divididas en seis secciones, con una puntuación que fue desde cero hasta un máximo de 275 puntos, quedando un total de 36 variables, como se muestra en el cuadro 10.

**CUADRO 10**  
**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES**

| SECCION/<br>PREGUNTAS                      | DESCRIPCIÓN  | CONCEPTO  | DEFINICIÓN<br>OPERATIVA  |
|--|--|---|--|
| SECCIÓN I<br><br>Preguntas<br>9-11,13,15   | Expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica. | Se refiere a la frecuencia con la que el residente y su familia manifiestan su afecto en la vida cotidiana, la facilidad con la que se expresa si algo le molesta, que tan frecuente se siente aislado de su familia, si pertenece a algún club social u otro y si es capaz de pedir ayuda cuando lo necesita.  | Se exploraron a través de 5 preguntas con un rango de 0 a 25 puntos.     |
| SECCIÓN II<br><br>Preguntas<br>16,17,21,22 | Satisfacción y sentimientos.   | Se refiere a la satisfacción o no en hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo para la recreación, consumo de drogas y alcohol, hábitos de sueño, antes de entrar a la residencia. Así como en general, con su vida antes y después de entrar a la residencia médica. Además, sentimientos que ha experimentado durante su residencia médica. | Se explora a través de 4 preguntas con un rango de 0 a 50 puntos.        |
| SECCIÓN III<br><br>Pregunta 20             | Eventos trascendentes (crisis)   | Cualquier evento que el residente haya percibido como crisis durante su residencia médica.  | Se explora en una pregunta abierta con una puntuación de 0 a 100 puntos. |
| SECCIÓN IV<br><br>Preguntas 23 y 24        | Manifestaciones físicas  | Aceptación de sufrir alguna molestia física e indicar alguna de la lista, desde cefalea, alergia, cansancio, confusión, alteraciones tensionales, taquicardia, mareo, dismenorrea, colitis, gastritis, tics, dolor abdominal, disminución de la libido, pérdida de peso, asma   | Se exploran en dos preguntas con una puntuación de 0 a 50 puntos.        |



## 2.9. DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la presente investigación fue la validación de contenido de un instrumento para la identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar. Con tal fin se tomó un grupo de residentes de medicina familiar procedentes de las sedes académicas de esta especialidad en el ISSSTE en el Distrito Federal, conformado por alumnos de los tres grados del curso de especialización.

Contando con la validación de contenido de dicho instrumento (anexo 1) se aplicó en una sola ocasión en todos los residentes de medicina familiar del ISSSTE en el Distrito Federal, midiendo variables cualitativas y cuantitativas utilizando una escala de medición ordinal en la que se espera una distribución de tipo no paramétrico.

La muestra utilizada en el presente trabajo es no aleatoria, representativa de medicina familiar en el ISSSTE, cubriendo 98.07% del total (N=52).

## 2.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

### 2.10.1. DECLARACIÓN DE HELSINKI<sup>24</sup>

Asociación Médica Mundial (AMM).

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con sujetos humanos adoptada por: 18<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Helsinki, Finlandia), en junio de 1964 y enmendada por: 29<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Tokio, Japón), en octubre de 1975. 35<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Venecia, Italia), en octubre de 1983. 41<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Hong Kong, República China), en septiembre de 1989. 48<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Somerset West, Sudáfrica), en octubre de 1999. 52<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Edimburgo, Escocia), en octubre de 2000. Nota aclaratoria al párrafo

29, añadida en la 54<sup>a</sup> Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano o de datos identificables.

“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad”.

En el caso del presente trabajo, se propone un instrumento nuevo para la identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes, lo que conllevaría a un diagnóstico oportuno y establecimiento de medidas preventivas adecuadas en este sentido.

“Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta declaración”.

Es por esto que se toma en consideración la Ley General de Salud vigente en México, que posteriormente se revisará en punto 2.10.2.

“En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano”.

Para los efectos del presente trabajo no se atentó contra la vida o la salud de los participantes y su intimidad y dignidad se respetaron a través de un consentimiento de participación voluntaria y un sistema de folios para evitar manejar su nombre y apellidos.

“El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental”. “El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiación, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio”.

La creación del instrumento, su validación de contenido, objetivos y método de recolección de datos están claramente establecidos en el presente trabajo.

“La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados”.

Si el instrumento propuesto es capaz de identificar crisis personales y familiares en médicos residentes, así como establecer la perspectiva de los mismos a cerca de la influencia de la residencia en medicina familiar sobre la identificación, resolución y afrontamiento de las mismas, representará un antecedente para que los médicos residentes inicien la reflexión sobre sus propias crisis y sus herramientas para resolverlas y enfrentarlas.

“Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados”. “La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona”.

En el presente trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 2) antes de aplicar el instrumento.

## 2.10.2. LEY GENERAL DE SALUD<sup>25</sup>.

### 2.10.2.1. TÍTULO PRIMERO, CAPÍTULO ÚNICO, ARTÍCULO 3°.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

En el presente trabajo se pretendió desarrollar acciones que contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en seres humanos (médicos residentes).

### 2.10.2.2. TÍTULO SEGUNDO, CAPÍTULO I.

#### 2.10.2.2.1. ARTÍCULO 13.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

#### 2.10.2.2.2. ARTÍCULO 14.

La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Para los fines del presente trabajo, este no se podía realizar por otro medio que no fuera con humanos a través de un cuestionario, sin embargo, no hubo riesgo en su aplicación y en cambio puede haber un beneficio en ello. Se contó con hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 2) para la aplicación del mismo. La autora del presente trabajo es médico general en un curso de especialización en medicina familiar, que contó con la asesoría de médicos con los conocimientos y experiencia necesarios para preservar la integridad del ser humano, así como la pertenencia a una institución (ISSSTE) que autorizó la realización del mismo.

Se contó con la autorización de los respectivos jefes de enseñanza en cada sede académica del ISSSTE en el Distrito Federal para su aplicación (anexo 9).

#### 2.10.2.2.3. ARTÍCULO 16.

En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En el presente trabajo, el cuestionario fue anónimo y se desarrolló un sistema de foliación que aceptaron los participantes para la comunicación en caso de resultados positivos.

#### 2.10.2.2.4. ARTÍCULO 17.

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

- I. Investigación sin riesgo.
- II. Investigación con riesgo mínimo.
- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

El presente trabajo se encuentra dentro del rubro I, es decir, sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, como es el caso del instrumento utilizado en el presente trabajo.

#### 2.10.2.2.5. ARTÍCULO 20.

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a

los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

#### 2.10.2.2.6. ARTÍCULO 21.

Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la

salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

#### 2.10.2.2.7. ARTÍCULO 22.

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

#### 2.10.2.2.8. ARTÍCULO 23.

En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo a los artículos 20 a 23, título segundo, capítulo primero de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en la Ley General de Salud en México, en el presente trabajo se realizó un

consentimiento de participación voluntaria (anexo 2) para informar en general sobre el objetivo del trabajo a los participantes y sobre su derecho a abandonar el estudio sin toma de represalias por ello, así como la autorización por parte de las autoridades competentes para la aplicación del mismo.

## 2.11. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

Una vez terminado el proceso de validación de contenido, aplicación de la prueba piloto y los últimos ajustes y modificaciones al instrumento, se procedió a realizar los trámites necesarios para aplicarlo en las sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal, lo cual se resume como sigue:

- ◆ Validación del instrumento (ver 2.6 Metodología del proceso de validación).
- ◆ Aprobación por el comité de ética de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE, sede de la autora del presente trabajo.
- ◆ Solicitud de un oficio de presentación en la Jefatura de Enseñanza de dicha sede, dirigida al resto de las unidades académicas en el Distrito Federal (anexo 9).
- ◆ Entrega del oficio en las Jefaturas de Enseñanza de las unidades Gustavo A. Madero, Oriente, Ignacio Chávez y Marina Nacional, en orden cronológico.
- ◆ Se entregó el oficio de presentación en dichas unidades, recibiendo pleno consentimiento y disponibilidad de parte de las autoridades para la aplicación del instrumento en sus médicos residentes.
- ◆ Otorgaron las facilidades necesarias para la aplicación del instrumento a todos los residentes que se encontraron en ese momento en su unidad, ya que algunos otros se encontraban en rotación hospitalaria en otras unidades.
- ◆ La aplicación del instrumento se realizó en diferentes fechas y horarios, ajustándose al tiempo disponible de los residentes, a sus rotaciones hospitalarias y sus actividades en Ciudad Universitaria.

♦ Por tal motivo, se visitaron las sedes de rotación hospitalaria de las unidades, como el Hospital Adolfo López Mateos en el caso de la clínica Ignacio Chávez; el Hospital Ignacio Zaragoza en el caso de la clínica Oriente y el Departamento de Medicina Familiar en Ciudad Universitaria para encontrar a los residentes restantes cuando acudieron a su día académico respectivo (lunes para R1, martes para R2 y miércoles para R3).

♦ CLÍNICA IGNACIO CHÁVEZ.

- En el caso de la clínica Ignacio Chávez, se encontró a la mitad de los residentes de tercer año en el momento de entregar el oficio de presentación en su unidad y recibir la autorización para aplicar el instrumento.
- A los residentes de primer año se les encontró en su rotación hospitalaria por el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Adolfo López Mateos, así como a un residente de segundo grado.
- A los médicos residentes restantes se les encontró en Ciudad Universitaria, durante su día académico, los de segundo grado en martes y los de tercer grado en miércoles.

♦ CLÍNICA ORIENTE.

- En el caso de la clínica Oriente, los residentes de tercer año se encontraban en la unidad en el momento de entregar el oficio de presentación y recibir la autorización para aplicar el instrumento.
- A los residentes de segundo año se les encontró en su rotación hospitalaria por Medicina Interna en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza.
- Los residentes de primer año se encontraron en el día académico en Ciudad Universitaria (en lunes).

♦ CLÍNICA MARINA NACIONAL.

- En el momento de entregar el oficio de presentación en la unidad, se encontró a dos residentes de primer año y a uno de segundo año.

- Los residentes faltantes de segundo y tercer año se encontraron en su día académico en Ciudad Universitaria, en martes y miércoles respectivamente.

♦ CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO.

- Por ser la unidad sede de la autora del presente trabajo, se encontró a todos los médicos residentes de la misma en el tiempo disponible entre clases o al término de las actividades de consultorio, cuando tenían disponibilidad de tiempo y espacio.

♦ Para la aplicación del instrumento necesitaban diez a quince minutos disponibles, lápiz o bolígrafo y un lugar donde apoyarse (banca, escritorio, cuaderno, etc.).

♦ En todas las unidades se entregó el instrumento (anexo 1) y consentimiento de participación voluntaria (anexo 2) foliados, a cada uno de los residentes de manera individual y confidencial.

♦ Al término de sus respuestas, se recibía el instrumento y se les entregaba una contraseña con el número de folio del mismo para posteriormente poder informarles su resultado.

## 2.12. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

### 2.12.1. SESGO DE INFORMACIÓN.

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

### 2.12.2. SESGO DE SELECCIÓN.

Se controló ya que en el presente trabajo se eligió una muestra representativa de medicina familiar, siendo todos los residentes del ISSSTE en el Distrito Federal (N=52).

### 2.12.3. SESGO DE MEDICIÓN.

Se admite y se trató de controlar asignando valores ordinales y escalares otorgadas a las variables medibles del instrumento.

A la mayoría de las preguntas del instrumento se les asignó opciones de respuesta cerradas otorgándoles un nivel ordinal.

### 2.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

2.13.1 Pruebas estadísticas descriptivas para las medidas de resumen.

2.13.2 Pruebas estadísticas de asociación para las variables ordinales:

- ♦ coeficiente de correlación de Spearman

2.13.3 Pruebas estadísticas de asociación para variables nominales dicotómicas y politómicas:

- ♦ coeficiente phi y V de Cramer

### 2.14. CRONOGRAMA.

Ver anexo 12.

### 2.15. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Para llevar a cabo el presente estudio, se contó con la colaboración de un grupo de terapeutas familiares durante el proceso de validación (cinco terapeutas de siete convocados) y la autora del mismo.

Se requirieron hojas blancas, tarjetas foliadas, impresiones, fotocopias, computador, dispositivo de almacenamiento masivo para textos electrónicos, paquete informático Office y SPSS V.11, financiado totalmente por la autora del presente trabajo.

### **3. RESULTADOS.**

Se aplicaron 51 cuestionarios, incluyendo residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar.

#### **3.1 EDAD.**

El rango de edad encontrado en los residentes fue de los 23 a los 49 años de edad, con una media de 30.73 y desviación estándar 4.51.

#### **3.2 SEXO.**

Se le aplicó a un total de 30 residentes del sexo femenino y 21 del sexo masculino.

#### **3.3 ESTADO CIVIL.**

En cuanto al estado civil del residente, la mayoría se encontraron solteros (51%), como se muestra en el cuadro 11.

**CUADRO 11**  
**ESTADO CIVIL DEL RESIDENTE**

| <b>ESTADO CIVIL</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Soltero (a)         | 26                | 51.0                  |
| Casado (a)          | 17                | 33.3                  |
| Unión libre         | 4                 | 7.8                   |
| Separado (a)        | 3                 | 5.9                   |
| Divorciado (a)      | 1                 | 2.0                   |
| <b>TOTAL</b>        | <b>51</b>         | <b>100</b>            |

N=51

#### **3.4 RELIGIÓN.**

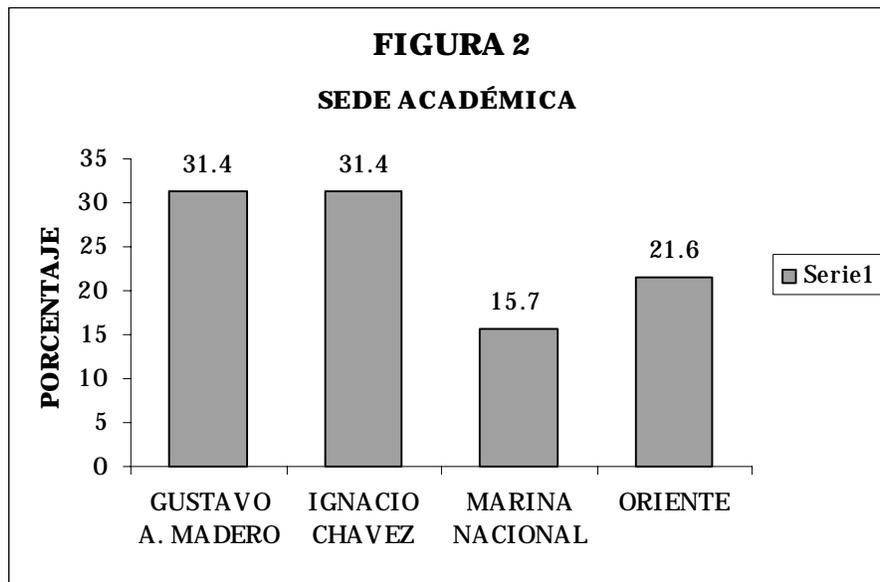
La religión que profesan los residentes fue católica en 86.3%, testigo de Jehová 2% y 11.8% se refirieron sin religión.

### 3.5 LUGAR DE RESIDENCIA.

Por lo que respecta al lugar donde viven, 82.4% viven en el Distrito Federal y 17.6% en el Estado de México.

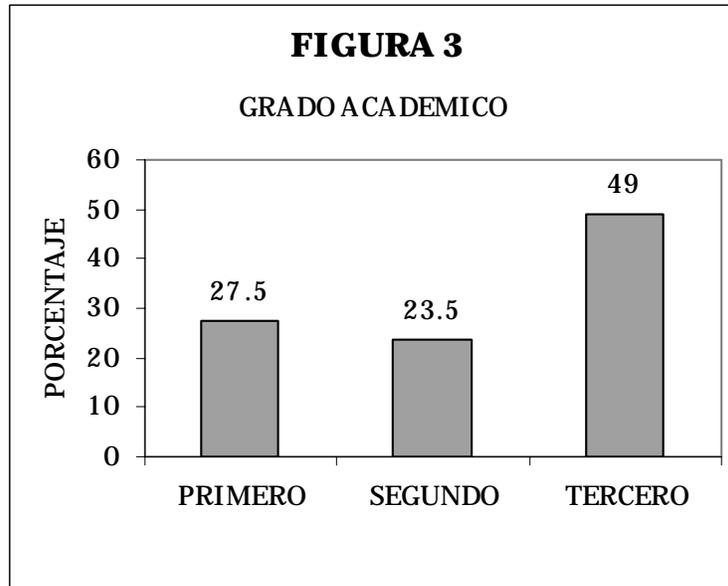
### 3.6 SEDE ACADÉMICA.

La distribución de los residentes según la sede académica del curso de especialización en medicina familiar fue como se muestra en la figura 2.



### 3.7 GRADO ACADÉMICO.

Respecto al grado académico que cursaban los residentes en el momento del estudio, se encontraron las cifras descritas en la figura 3.



### 3.8 INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Por el número de integrantes de la familia que refirieron los residentes, se encontró un rango de 1 a 7 integrantes por familia, con una media de 3.69, 31.4% con 4 integrantes y 21.6% con 3 integrantes.

### 3.9 TIPO DE FAMILIA.

43.1% de los residentes pertenecen a una familia nuclear simple y 39.2% a una nuclear (9.8%), monoparental (9.8%), monoparental extendida (9.8%) o grupos similares a familias (9.8%).

### 3.10 ETAPA DEL CICLO VITAL.

Respecto a la etapa en el ciclo vital por la que atravesaban los residentes en el momento del estudio, se encontró un 52.9% en dispersión y 23.5% en expansión, tal como se describe en el cuadro 12.

**CUADRO 12**  
**ETAPA DEL CICLO VITAL**

| ETAPA         | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|---------------|------------|----------------|
| DISPERSIÓN    | 27         | 52.9           |
| EXPANSIÓN     | 12         | 23.5           |
| MATRIMONIO    | 6          | 11.8           |
| INDEPENDENCIA | 6          | 11.8           |
| TOTAL         | 51         | 100            |

N=51

### **3.11 SECCIÓN I. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS, COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES AJENAS A LA RESIDENCIA MÉDICA.**

Las manifestaciones de afecto formaron parte de la vida cotidiana de los residentes siempre en un 56.9%, casi siempre en 35.3% y a veces en 7.8%.

Cuando algo les molestaba, los residentes fácilmente se lo decían a la persona indicada siempre en 47.1%, casi siempre en 25.5%, a veces en 23.5% y casi nunca en 3.9%.

Los residentes se habían sentido aislados de su familia nunca en 45.1%, casi nunca 25.5%, a veces 25.5% y casi siempre en 3.9%.

Al cuestionar la pertenencia a algún club social, cofraternidad, grupo religioso, deportivo, etc., 66.7% de los residentes sí pertenecían a alguno y 33.3% no pertenecían. Sin embargo, al preguntar sobre las actividades en las que habían participado un mes antes del estudio 19.4% si lo habían hecho y 80.4% no lo habían hecho.

Cuando necesitaban ayuda o cuando querían hablar con alguien, 86.3% de los residentes se ponían en contacto con otras personas y 13.7% no.

### **3.12 SECCIÓN II. SATISFACCIÓN Y SENTIMIENTOS.**

Respecto a su satisfacción antes de entrar a la especialidad, los residentes se refirieron como se muestra en el cuadro 13.

**CUADRO 13**  
**SATISFACCIÓN ANTES DE ENTRAR A LA ESPECIALIDAD**

| SATISFACCIÓN EN HÁBITOS<br>DE:   | SATISFECHOS<br>(%) | NO SATISFECHOS<br>(%) |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| TIEMPO DEDICADO A LA RECREACIÓN  | 90.2               | 9.8                   |
| CONSUMO O NO DE DROGAS Y ALCOHOL | 84.3               | 15.7                  |
| SUEÑO                            | 84.3               | 15.7                  |
| ALIMENTACIÓN                     | 72.5               | 27.5                  |
| EJERCICIO                        | 74.5               | 25.5                  |
| TRABAJO                          | 68.6               | 31.4                  |

N=51

En general, estaban muy satisfechos en un 33.3%, completamente satisfechos en 11.8%, moderadamente satisfechos en 45.1%, un poco satisfechos en 5.9% e insatisfechos en 3.9%.

Al preguntar sobre el momento del estudio y el transcurso de la residencia médica, en general, los residentes se refirieron muy satisfechos en 45.1%, completamente satisfechos en 9.8%, moderadamente satisfechos en 39.2%, un poco satisfechos en 3.9% e insatisfechos en 2%.

Según los sentimientos que los residentes experimentaron durante la residencia médica, refirieron sentirse tensos en 84.3%, contentos en 70.6% y solo en 7% recelosos, tal como se describe en los cuadros 14 y 15.

**CUADRO 14**  
**SENTIMIENTOS POSITIVOS EXPERIMENTADOS**  
**DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA**

| SENTIMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|-------------|------------|----------------|
| CONTENTO    | 36         | 70.6           |
| FELIZ       | 33         | 64.7           |
| OPTIMISTA   | 33         | 64.7           |
| SATISFECHO  | 32         | 62.7           |
| RELAJADO    | 15         | 29.4           |
| ENERGÉTICO  | 12         | 23.5           |
| JOVIAL      | 12         | 23.5           |
| CÓMODO      | 12         | 23.5           |
| OTROS       | 4          | 7.8            |

N=51

**CUADRO 15**  
**SENTIMIENTOS NEGATIVOS EXPERIMENTADOS**  
**DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA**

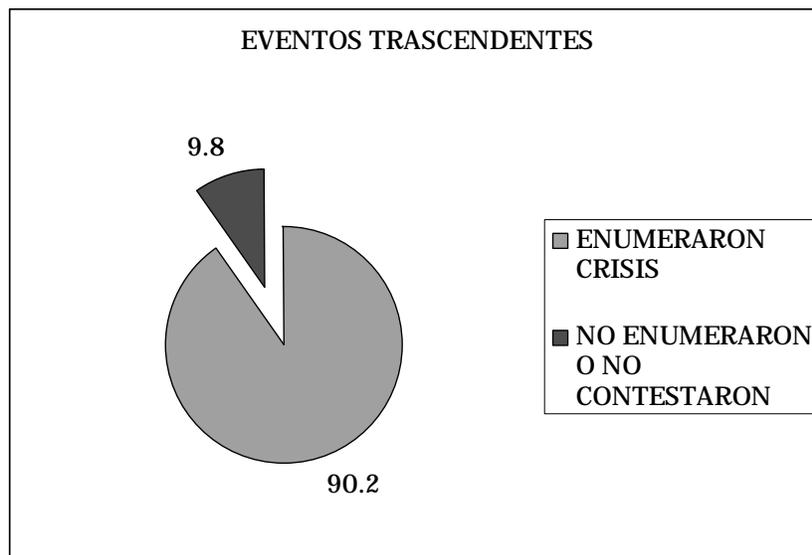
| SENTIMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|-------------|------------|----------------|
| TENSO       | 43         | 84.3           |
| ENOJADO     | 32         | 62.7           |
| SOLO        | 23         | 45.1           |
| INTRANQUILO | 21         | 41.2           |
| ABRUMADO    | 20         | 39.2           |
| CULPABLE    | 12         | 23.5           |
| ABURRIDO    | 12         | 23.5           |
| EXITADO     | 10         | 19.6           |
| ATURDIDO    | 6          | 11.8           |
| RECELOSO    | 4          | 7.8            |

N=51

### 3.13 SECCIÓN III. EVENTOS TRASCENDENTES (CRISIS).

Los residentes enumeraron crisis personales o familiares en 90.2% de los casos y no enumeraron o no contestaron en 9.8%.

FIGURA 4



### 3.14 SECCIÓN IV. MANIFESTACIONES FÍSICAS.

Desde que entraron a la residencia médica, los residentes refirieron haber tenido molestias físicas en 70.6%, siendo las principales cansancio en 58.8% y cefalea en 45.1% tal como se enumeran en el cuadro 16.

**CUADRO 16**  
**MOLESTIAS FÍSICAS EXPERIMENTADAS**

| MOLESTIA                               | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|--|------------|----------------|
| CANSANCIO                              | 30         | 58.8           |
| CEFALEA                                | 23         | 45.1           |
| GASTRITIS                              | 18         | 35.3           |
| COLITIS                                | 15         | 29.4           |
| DOLOR ABDOMINAL                        | 6          | 11.8           |
| PÉRDIDA DE PESO                        | 6          | 11.8           |
| MAREO                                  | 5          | 9.8            |
| ALERGIA                                | 4          | 7.8            |
| ALTERACIONES DE LA<br>TENSIÓN ARTERIAL | 4          | 7.8            |
| DISMENORREA                            | 4          | 7.8            |
| TAQUICARDIA                            | 3          | 5.9            |
| DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO               | 2          | 3.9            |
| TICS                                   | 2          | 3.9            |
| CONFUSIÓN                              | 1          | 2              |
| ASMA                                   | 1          | 2              |
| OTRAS                                  | 5          | 9.8            |

N=51

Desde que entraron a la residencia médica, 23.5% de los residentes habían iniciado algún tratamiento médico, refiriendo medicamentos y diagnóstico en el mismo porcentaje. De la misma manera, 15.7% refirieron un médico especialista como su médico tratante y en 7.8% automedicado.

### **3.15 SECCIÓN V. CAMBIOS DE HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

Según el tiempo empleado para sus actividades favoritas (se les pidió enumerar 3 de esas actividades) antes de entrar a la especialidad, los residentes refirieron que para la actividad 1 era mucho menor en 43.1% de los casos, para la actividad 2 era menor en 49% de los casos y para la actividad 3 era mucho menor en 43.1% de los casos.

Durante el transcurso de la residencia médica, refirieron haber notado cambios en sus hábitos, tal como se describe en el cuadro 17.

**CUADRO 17**  
**CAMBIOS EN HÁBITOS**

| Cambios en hábitos de:                 | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| Sueño                                  | 23.5    | 39.2         | 27.5    | 5.9        | 3.9   |
| Trabajo                                | 19.6    | 37.3         | 33.3    | 7.8        | 2.0   |
| Alimentación                           | 23.5    | 37.3         | 31.4    | 5.9        | 2.0   |
| Rutina de ejercicio                    | 31.4    | 29.4         | 13.7    | 9.8        | 15.7  |
| Actividades de tiempo libre            | 35.3    | 41.2         | 15.7    | 5.9        | 2.0   |
| Fumar o no fumar                       | 5.9     | 9.8          | 5.9     | 3.9        | 74.5  |
| Consumo o no de alcohol                | 5.9     | 3.9          | 7.8     | 2.0        | 80.4  |
| Utilización o no de drogas y medicinas | 5.9     | 3.9          | 3.9     | 32.9       | 82.4  |

N=51

### **3. 16 SECCIÓN VI. OTRAS.**

Según los mejores amigos referidos por los residentes, tuvieron 3 amigos en 94.1%, un amigo en 2%, dos amigos en 2% y no tuvieron amigos en 2%.

Al enlistar sus actividades favoritas durante el año previo a entrar a la residencia médica, los residentes enumeraron dos actividades en 2% y tres actividades en 98%.

Respecto a si pensaban que la residencia en medicina familiar había contribuido en algo para poder identificar sus crisis, 39.2% refirió que casi siempre y 37.3% siempre; para resolver sus crisis, 37.3% refirió que casi siempre y 31.4% siempre.

En cuanto a como habían enfrentado sus crisis, 94.1% lo describieron y 5.9% no lo hicieron.

### 3.17 RESULTADOS DEL PUNTAJE ASIGNADO.

CUADRO 18  
RESULTADOS DEL PUNTAJE ASIGNADO

| SECCION | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA  | DESVIACIÓN ESTÁNDAR |
|---------|--------|--------|--------|---------------------|
| I       | 0      | 19     | 7.19   | 4.66                |
| II      | 2      | 35     | 13.41  | 6.31                |
| III     | 0      | 100    | 90.19  | 30.03               |
| IV      | 0      | 45     | 18.39  | 13.89               |
| V       | 2      | 50     | 27.98  | 7.94                |
| TOTAL   | 4      | 215    | 157.17 | 44.12               |

### 3.18 RESULTADOS DE LA INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA.

Se obtuvo un 19.6% de residentes sin crisis y 80.4% con crisis, tal como se muestra en el cuadro 19.

CUADRO 19  
INTERPRETACION DE LA ESCALA

| INTERPRETACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|----------------|------------|----------------|
| SIN CRISIS     | 10         | 19.6           |
| CON CRISIS     | 41         | 80.4           |
| TOTAL          | 51         | 100            |

N=51

### 3.19 PRESENCIA O AUSENCIA DE CRISIS SEGÚN SEDE ACADÉMICA.

Se encontró lo descrito en el cuadro 20, residentes con crisis en 93.8% en Gustavo A. Madero y en 62.5% en Marina Nacional.

**CUADRO 20**  
**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS POR SEDE ACADÉMICA**

| SEDE                 | CON<br>CRISIS | PORCENTAJE<br>(%) | SIN<br>CRISIS | PORCENTAJE<br>(%) |
|----------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
| GUSTAVO A.<br>MADERO | 15            | 93.8              | 1             | 6.3               |
| ORIENTE              | 9             | 81.8              | 2             | 18.2              |
| IGNACIO<br>CHÁVEZ    | 12            | 75                | 4             | 25                |
| MARINA<br>NACIONAL   | 5             | 62.5              | 3             | 37.5              |

N=51

### 3.20 PRESENCIA O AUSENCIA DE CRISIS SEGÚN EL GRADO ACADÉMICO.

Según el grado que cursaban en el momento del estudio y la presencia o ausencia de crisis, los residentes con crisis fueron 92.9% de los de primer grado y 75% de los de segundo grado, ver cuadro 21.

**CUADRO 21**  
**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS POR GRADO**

| GRADO<br>ACADÉMICO | CON<br>CRISIS | PORCENTAJE<br>(%) | SIN<br>CRISIS | PORCENTAJE<br>(%) |
|--------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
| PRIMERO            | 13            | 92.9              | 1             | 7.1               |
| SEGUNDO            | 9             | 75                | 3             | 25                |
| TERCERO            | 19            | 76                | 6             | 24                |

N=51

### 3.21 RESULTADOS DE LA MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN.

#### 3.21.1 MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN SEGÚN SECCIONES.

Para poder realizar la correlación entre variables, se procedió a convertir las variables por sección en dicotómicas, a través de dividir a los sujetos en dos grupos. Tomando como base el promedio de la escala, se formó un grupo de puntaje bajo (media o menor) y otro de puntaje

alto (mayor que la media) para cada una de las secciones. Posteriormente, se realizó una tabla de contingencia entre los sujetos identificados con crisis y aquellos sin crisis, con los grupos establecidos para cada sección.

**CUADRO 22**  
**RELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS,**  
**COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES AJENAS A LA RESIDENCIA,**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE TOTAL | PUNTAJE BAJO | PUNTAJE ALTO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|-------|
| SIN CRISIS    | 7            | 3            | 10    |
| CON CRISIS    | 23           | 18           | 41    |
| TOTAL         | 30           | 21           | 51    |

Ji cuadrada= 0.641 p= 0.42

Coeficiente phi =0.112, V de Cramer = 0.112, Coeficiente de contingencia = 0.111

Correlación ligera, relación insignificante.

**CUADRO 23**  
**RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN Y SENTIMIENTOS,**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE TOTAL | PUNTAJE BAJO | PUNTAJE ALTO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|-------|
| SIN CRISIS    | 7            | 3            | 10    |
| CON CRISIS    | 8            | 33           | 41    |
| TOTAL         | 15           | 36           | 51    |

Ji cuadrada= 9.870 p= 0.002

Coeficiente phi =0.440, V de Cramer = 0.440, Coeficiente de contingencia = 0.403

Correlación moderada, relación considerable.

**CUADRO 24**  
**RELACIÓN ENTRE LAS MANIFESTACIONES FÍSICAS,**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE TOTAL | PUNTAJE BAJO | PUNTAJE ALTO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|-------|
| SIN CRISIS    | 9            | 1            | 10    |
| CON CRISIS    | 18           | 23           | 41    |
| TOTAL         | 27           | 24           | 51    |

Ji cuadrada= 6.857 p= 0.009

Coefficiente phi =0.367, V de Cramer = 0.367, Coeficiente de contingencia = 0.344

Correlación baja, relación definida pero pequeña.

**CUADRO 25**  
**RELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS DE HÁBITOS Y ACTIVIDADES**  
**COTIDIANAS, Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE TOTAL | PUNTAJE BAJO | PUNTAJE ALTO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|-------|
| SIN CRISIS    | 3            | 7            | 10    |
| CON CRISIS    | 4            | 37           | 41    |
| TOTAL         | 7            | 44           | 51    |

Ji cuadrada= 2.782 p= 0.095

Coefficiente phi =0.234, V de Cramer = 0.234, Coeficiente de contingencia = 0.227

Correlación baja, relación definida pero pequeña.

Finalmente, se muestra la magnitud de la asociación entre la presencia de crisis y cada una de las secciones del instrumento utilizado en el presente trabajo, cuadro 26.

**CUADRO 26**

**RELACIÓN ENTRE LAS SECCIONES Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

|                                   |                        |       | MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN |             |                              |   |
|-----------------------------------|------------------------|-------|---------------------------|-------------|------------------------------|---|
| Presencia de crisis/<br>secciones | Ji cuadrado de Pearson | p     | Phi                       | V de Cramer | Coefficiente de contingencia | Interpretación                                    |
| Sección I                         | 0.641                  | 0.42  | 0.112                     | 0.112       | 0.111                        | Correlación ligera, relación insignificante       |
| Sección II                        | 9.870                  | 0.002 | 0.440                     | 0.440       | 0.403                        | Correlación moderada, relación considerable       |
| Sección IV                        | 6.857                  | 0.009 | 0.367                     | 0.367       | 0.344                        | Correlación baja, relación definida pero pequeña. |
| Sección V                         | 2.782                  | 0.095 | 0.234                     | 0.234       | 0.227                        | Correlación baja, relación definida pero pequeña. |

**3.21.2 MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA IDENTIFICACIÓN DE CRISIS POR EL INSTRUMENTO Y LAS ENUMERADAS POR LOS RESIDENTES.**

Correlaciona las crisis enumeradas por residentes y la identificación de crisis por medio del instrumento validado, cuadro 27.

**CUADRO 27**  
**RELACIÓN ENTRE LAS CRISIS ENUMERADAS**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE<br>TOTAL | NO ENUMERO<br>O NO<br>CONTESTÓ | ENUMERÓ<br>CRISIS | TOTAL |
|------------------|--------------------------------|-------------------|-------|
| SIN CRISIS       | 5                              | 5                 | 10    |
| CON CRISIS       | 0                              | 41                | 41    |
| TOTAL            | 5                              | 46                | 51    |

Ji cuadrada= 22.728 p= 0.0

Coefficiente phi =0.668, V de Cramer = 0.668, Coeficiente de contingencia = 0.555

Correlación elevada, relación importante.

### 3.21.3 MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CRISIS Y EL GÉNERO.

**CUADRO 28**  
**RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO DE LOS RESIDENTES**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE<br>TOTAL | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|------------------|----------|-----------|-------|
| SIN CRISIS       | 6        | 4         | 10    |
| CON CRISIS       | 24       | 17        | 41    |
| TOTAL            | 30       | 21        | 51    |

Ji cuadrada= 0.007 p= 0.93

Coefficiente phi =0.012, V de Cramer = 0.012, Coeficiente de contingencia = 0.012

Correlación ligera, relación insignificante.

### 3.21.4 MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CRISIS Y EL ESTADO CIVIL.

De acuerdo al estado civil de los residentes, se tomaron los porcentajes más altos (51% solteros y 33.3% casados) para poder relacionarlo con la presencia de crisis.

**CUADRO 29**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LOS RESIDENTES**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| PUNTAJE<br>TOTAL | CASADO | SOLTERO | TOTAL |
|------------------|--------|---------|-------|
| SIN CRISIS       | 3      | 7       | 10    |
| CON CRISIS       | 14     | 19      | 33    |
| TOTAL            | 17     | 26      | 43    |

Ji cuadrada= 0.496 p= 0.48

Coefficiente phi = -0.107, V de Cramer = 0.107, Coeficiente de contingencia = 0.107

Correlación ligera, relación insignificante.

3.21.5 MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CRISIS Y LA CONTRIBUCIÓN DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR PARA IDENTIFICARLAS.

**CUADRO 30**  
**RELACIÓN ENTRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA RESIDENCIA EN**  
**MEDICINA FAMILIAR PARA IDENTIFICAR LAS CRISIS**  
**Y LA PRESENCIA DE CRISIS**

| INTERPRETACIÓN | NO HA<br>CONTRIBUIDO | SI HA<br>CONTRIBUIDO | TOTAL |
|----------------|----------------------|----------------------|-------|
| SIN CRISIS     | 2                    | 8                    | 10    |
| CON CRISIS     | 10                   | 31                   | 41    |
| TOTAL          | 12                   | 39                   | 51    |

Ji cuadrada= 0.086 p= 0.48

Coefficiente phi = -0.041, V de Cramer = 0.041, Coeficiente de contingencia = 0.041

Correlación nula, relación ausente.

### **3.22 CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS.**

EN RELACIÓN AL CICLO VITAL.

De los 41 residentes identificados con crisis de acuerdo a la escala establecida, 4 presentaron crisis normativas (9.8%), 36 crisis no normativas (87.8%) y 1 no especificó el tipo de crisis que experimentó.

De los 10 residentes identificados sin crisis de acuerdo a la escala establecida, 1 refirió crisis normativa, 4 refirieron crisis no normativas y 5 se refirieron sin crisis.

#### EN RELACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS.

De los 41 residentes identificados con crisis, 5 eran por desmembración (12.2%), 2 por incremento (4.9%), 25 por desmoralización (61%), 7 por desmoralización y desmembración o incremento (17.1%) y 2 no especificaron o no las identificaron (4.9%).

De los 10 residentes identificados sin crisis, 4 refirieron por desmoralización, 1 por desmoralización y desmembración o incremento y 5 no las identificaron o no las especificaron.

#### EN RELACIÓN AL DESARROLLO PSICOSOCIAL (ETAPAS DE ERICKSON).

De los 41 residentes identificados con crisis, 38 se encontraban en la etapa VI (92.7%) y 3 en la etapa VII (7.3%).

De los 10 residentes identificados sin crisis, 9 se encontraban en etapa VI y 1 en etapa VII.

### **4. DISCUSIÓN.**

A lo largo de la historia de la medicina familiar, se han desarrollado diversos instrumentos con el fin de evaluar de una manera integral y objetiva a la familia y sus integrantes, para poder realizar prevención, diagnósticos y medidas terapéuticas adecuadas y oportunas. Sin embargo, también es deber del médico familiar considerar el instrumento utilizado en cada ocasión. Con tal fin, los doctores Gómez Clavelina y Ponce Rosas\*, describen algunas características que debe cumplir un instrumento al utilizarlo en el estudio de pacientes o familias, tales como: nombre del instrumento, origen, autor, lugar donde

---

\* Material Didáctico del Seminario de Investigación del Plan Único de Especializaciones Médicas. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

se desarrolló, año, idioma, referencia original, fundamentos teóricos, propósito con el que se realizó, qué mide, diseño, conceptos operativos, constructos, escalas, tipo, cómo se califica, cómo se interpreta, evolución del instrumento, número de personas a las que se les ha aplicado, procedimientos estadísticos para validarlo, versiones del instrumento, proceso de traducción o transculturación al que se sometió, usos, alcances y limitaciones, así como la existencia de instrumentos alternativos.

En el presente trabajo, el objetivo fue identificar crisis personales y familiares en los residentes de medicina familiar, por lo que en la búsqueda dentro de la bibliografía consultada, se encontraron escasos instrumentos que tenían el mismo objetivo, principalmente la Escala de Holmes y Rahe, sin embargo, al estudiarlo a través de las características arriba mencionadas, se hizo evidente que el lugar de origen era un país muy diferente a México, en inglés, con escalas arbitrarias, sin fundamentos bien descritos en los artículos originales, fundamentado en otros estudios no aplicados en poblaciones extensas, así como una intención esencialmente diferente, ya que se describe como un tamizaje de pacientes en los que se habla de probabilidades de que se encuentren en crisis, utilizado en una cultura y época diferentes a la condición actual.

Debido a esto, fue necesaria la construcción de un instrumento, diseñado para identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, llevando a cabo un proceso de validación (de contenido) en el que intervino un grupo de expertos (terapeutas familiares) llegando a la conclusión de que dicho instrumento medía lo que se pretendía medir. El instrumento que se propone en este trabajo tiene un lugar de origen, idioma, referencia original, fundamentos teóricos, propósito, tiene bien definido lo que mide, diseño, conceptos operativos, escalas, tipo, sistema de calificación e interpretación, sin embargo, se aplicó en una muestra pequeña, solo representativa de los residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar de las sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal, tendría que aplicarse en poblaciones mayores y distintas para poder generalizar sus resultados.

Por otro lado, al realizar la validez interna del mismo, a través de pruebas estadísticas (alfa de Cronbach), se encontró una gran variación entre las respuestas obtenidas para cada sección y cada individuo, lo que denotó inconsistencia interna del mismo. Con ello, se corrobora que no hay entidades patológicas, hay pacientes, cada uno es diferente, dependiendo el contexto en el que se desenvuelve, la familia a la que pertenece, la etapa en su ciclo vital familiar e individual, así como las condiciones inherentes al momento experimentado al tiempo de aplicar el instrumento.

En contraste, el instrumento facilitó, a través del proceso de validación y aplicación del mismo, sustentar los aspectos antes descritos como concomitantes a las crisis personales o familiares. Desde su diseño, se contemplaron cinco secciones del mismo, enfocadas a manifestaciones acompañantes o características de los pacientes que presentan crisis, como síntomas físicos, expresión de sentimientos y cambios de hábitos y actividades cotidianas.

Desde 1969, Salvador Minuchin (referido por Camdessus)<sup>11</sup>, había destacado el aspecto paradójico de las crisis. Aspecto negativo: catástrofe, disrupción o destrucción. Aspecto positivo: maduración, desarrollo y crecimiento. Con uno u otro sentido, las crisis se presentan en todos los individuos y todas las familias, por lo que la finalidad no es prevenirlas, es mejorar o enriquecer las aptitudes de los individuos para tratar constructivamente con estos sucesos<sup>20</sup>.

En los períodos de transición entre una etapa del ciclo vital a otra, los miembros de la familia asumen nuevos roles, lo que conlleva a fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, crisis evolutiva<sup>9</sup>. En este sentido, de los residentes evaluados que resultaron con crisis, según la escala propuesta, 9.8% presentaron crisis normativas y 87.8% no normativas. Por otro lado, se mencionan incidentes críticos que pueden precipitar una crisis<sup>23</sup>: del desarrollo, existenciales, ambientales, médicos, psiquiátricos y situacionales; que se podrían incluir dentro de las crisis referidas por los residentes evaluados. Por ejemplo: “juicio por

intestado”, “salida del trabajo de mi madre”, “disminución del ingreso económico”, “depresión”, “pasar el mayor tiempo solo”, “pérdida de estatus económico”.

En la teoría del desarrollo psicosocial, de Eric Erikson (referido por Nieto)<sup>8</sup>, se describen las crisis por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital, las cuales generan el crecimiento, la consolidación y la preparación para la fase siguiente. De acuerdo a estas etapas, los residentes que resultaron con crisis, según la escala propuesta, 92.7% se encontraron en la etapa VI (intimidad en oposición a aislamiento) y 7.3% en etapa VII (generatividad en oposición a desesperación), que están de acuerdo al rango de edad encontrado (23 a 49 años).

De los casos detectados con crisis, los eventos trascendentes enumerados por los residentes, coinciden con los posibles sucesos de crisis descritos en el desarrollo en el ciclo vital. Por ejemplo, en un caso que refiere 29 años y “atraso en la realización de la tesis”, que concuerda con la etapa VI (intimidad contra aislamiento), de los 18-34 años, de Eric Erikson, donde se menciona como posible suceso de crisis: dificultades académicas y desempeño deficiente en la profesión elegida; o en un caso que refiere 45 años e “iniciar por romper con todo lo logrado” “cambiar hábitos diarios”, con la etapa VII (generatividad contra estancamiento), de los 35-50 años, de Eric Erikson, donde se describe: reexaminar las elecciones tempranas de la vida y reelaboración de motivaciones anteriores como posible suceso de crisis.

Según la clasificación de la OMS, descrito por De la Revilla<sup>15</sup>, las crisis pueden ser: por desmembración, incremento, desmoralización o por desmoralización y desmembración o incremento. De acuerdo a ello, los folios identificados con crisis según la escala propuesta, 12.2% presentaron por desmembración, 4.9% por incremento, 61% por desmoralización, 17.1% por desmoralización y desmembración o incremento y 4.9% no las especificaron o no las identificaron.

Freud (referido por Raffo<sup>7</sup>), en su teoría psicoanalítica, señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. Demostró cómo los síntomas físicos podían ligarse

a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. Así es como en el presente trabajo se encontraron 41 residentes con crisis, de los cuales 23 obtuvieron un puntaje alto en la sección V de manifestaciones físicas, habiendo encontrado una correlación baja, relación definida pero pequeña.

Halpern, referido por Slaikeu<sup>20</sup>, describe los sentimientos que experimentan los pacientes que están en crisis: cansancio, agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, síntomas físicos, ansiedad, desorganización en relaciones laborales, familiares y sociales. Afectando en general: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. En este trabajo se encontró una correlación moderada, relación considerable entre la sección II de satisfacción y sentimientos y la presencia de crisis, 8 casos con puntaje bajo y 33 casos con puntaje alto en esta sección, de los identificados con crisis. Por otro lado, la sección V de cambios de hábitos y actividades cotidianas, mostró una correlación baja, relación definida pero pequeña con la presencia de crisis, 4 folios con puntaje bajo y 37 con puntaje alto.

Se encontró una correlación ligera, relación insignificante, entre la expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica (sección I del instrumento) y la presencia de crisis. Durante el curso de especialización, los médicos residentes en formación, se encuentran sumergidos en un ambiente de trabajo y responsabilidades que los alejan de la familia, las actividades sociales y recreativas que realizaban antes de la residencia, sin embargo, por ser su especialización el objetivo principal en ese momento de su vida, esto precisamente no es un factor que genere crisis en ellos, se podría considerar solo una manifestación concomitante a algunas otras de mayor relevancia.

En la sección II del instrumento, donde se evalúa la satisfacción y sentimientos, y la presencia de crisis, se encontró una correlación moderada, relación considerable. Representando así, un aspecto a tomar en cuenta, la satisfacción que experimentan al llevar a cabo lo planeado o lo tanto tiempo esperado y los sentimientos que refirieron haber experimentado. Hubo una mezcla de sentimientos positivos (optimistas)

y negativos (pesimistas), habiendo un predominio de los positivos, sin embargo, muchos de los residentes evaluados habían experimentado tanto unos como otros sentimientos, dando estas contradicciones un factor importante en la presencia de crisis.

En la bibliografía consultada, las manifestaciones de crisis más documentadas son respecto a somatización, enfermedades psicósomáticas y manifestaciones físicas, sin embargo, en el presente trabajo se encontró una correlación baja, relación definida pero pequeña, entre las manifestaciones físicas (sección IV del instrumento) y la presencia de crisis. El hecho de que se trate de médicos, conlleva situaciones especiales como autoprescripciones y evitación de consultas especializadas, 23.5% se refirió en tratamiento médico y de ellos 15.7% en control con médico especialista y 7.8% automedicado. No dejando de lado, la posibilidad de negación en cuanto a molestias físicas, aún existiendo estas, quedando solo en la confianza sobre las respuestas del evaluado.

Hubo una correlación baja, relación definida pero pequeña, entre los cambios de hábitos y actividades cotidianas (sección V del instrumento) y la presencia de crisis. Es inherente el cambio de hábitos y actividades cotidianas a la entrada al curso de especialización en medicina familiar, a pesar de ello, esto no resultó ser factor de relevancia en la presencia de crisis.

Si bien es cierto que se tuvo especial cuidado en el planteamiento de los reactivos en el instrumento, así como preguntas cerradas o tipo likert para no dejar dudas al responderlas, también es cierto que el instrumento se complementó con preguntas abiertas que no limitaban las opciones de respuesta en rubros importantes como los eventos trascendentes en su vida, la lista de amigos y la manera en que habían resuelto sus crisis, dejando abierta la posibilidad de que los participantes en el estudio, no fueran del todo sinceros y no escribieran la realidad de su momento de vida. Sin embargo, se consideró y se trató de controlar mediante el carácter anónimo del instrumento.

Es relevante comentar que el planteamiento mismo de los reactivos, así como haber participado en el estudio, originó en algunos de los participantes, momentos de reflexión acerca de sus condiciones generales en el momento del estudio y los eventos que habían experimentado a lo largo de la residencia médica, además la coincidencia con el inicio de síntomas físicos o cambios de hábitos, los sentimientos e insatisfacción en algunos aspectos de su vida, denotando interés y reconocimiento de que en ocasiones no son suficientes las herramientas con los que contaban y que sería necesario autoanalizarse periódicamente para poder solicitar ayuda oportunamente.

Es así que la preparación académica de un médico residente de medicina familiar, incluye además, el reconocimiento de sí mismo, de sus debilidades y fortalezas para desarrollar herramientas que podrá utilizar en un futuro, así como encontrarse en un punto neutro desde donde podrá brindar mayor ayuda a sus pacientes.

Siguiendo los nueve principios de Ian McWhinney<sup>3</sup>, el médico de familia, en este caso, los profesores titulares, estarían comprometidos con sus alumnos, como personas, comprendiendo el contexto en el que se desenvuelven, viendo cada contacto con ellos como una oportunidad de prevención y educación para la salud, viéndolos tal vez como una “población en riesgo”, ya que en gran medida, comparten con ellos el mismo hábitat, los ven en el aula, en el consultorio y en el hospital, agregan importancia a los aspectos subjetivos de la medicina, son gerentes de los recursos y son también, parte de la comunidad maestro-alumno para la atención de la salud, no solo de los pacientes, sino de ellos mismos.

De la misma manera, el profesor, médico de familia, sabe a sus alumnos pertenecientes a una familia, la cual es un medio propicio para el desarrollo o estancamiento de sus integrantes, aspectos importantes a evaluar en los médicos en formación con el objeto de facilitar su desarrollo y enriquecimiento profesional y personal.

## **5. CONCLUSIONES.**

Se realizó la validación de contenido de un instrumento que identifica crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, cumpliéndose el objetivo general del presente trabajo.

Se cumplieron todos y cada uno de los objetivos específicos, encontrando algunos otros resultados importantes, no contemplados en el inicio del trabajo.

Por otro lado, de acuerdo a lo referido en las preguntas abiertas, en general, los residentes evaluados parecen tener demasiadas expectativas sobre ellos mismos, originando en ellos cierto grado de frustración o insatisfacción el no lograrlas, presentando manifestaciones físicas o sentimientos de pesimismo en ellos. Además, algunas crisis referidas por ellos evidencian las dificultades que experimentan para negociar sus necesidades y obligaciones en casa, dificultando la transición de una etapa del ciclo vital a otra.

De acuerdo a la edad de los residentes evaluados y el tipo de familia a la que pertenecen, en general, se encontraron de acuerdo a su ciclo vital familiar e individual, así como a las etapas de Eric Erikson, coincidiendo su momento de vida con las etapas de su ciclo familiar y las expectativas de las etapas del desarrollo psicosocial, incluyendo las posibles causas de crisis.

Cuando refirieron la manera en que afrontaron sus crisis, la mayoría hizo referencia a la comunicación con amigos y familiares, cambiando así la perspectiva de las situaciones y sobrepasándolas, sin embargo, el hecho de hacer catarsis o decir lo que se está viviendo o experimentando, no significa necesariamente que conlleve un cambio y una solución a lo mismo, quedando como punto álgido en la vida de la persona y siendo factor de riesgo para crisis no resueltas y a largo plazo, disfunciones personales o familiares.

Al evaluar a los residentes, se evalúa un contexto específico y un momento de vida irrepetible, sin embargo, sería enriquecedora la

aplicación del instrumento fuera de la residencia médica y en el cambio de grado de los evaluados, pudiendo establecer puntos de comparación e incidencia de crisis.

El hecho de aplicar el instrumento validado en el presente trabajo, en una población más amplia, tal vez en otras instituciones y otras condiciones, le daría la validez externa al instrumento, tan necesaria para hacerlo confiable y aplicable en los métodos de tamizaje y diagnóstico del médico familiar en su consulta diaria.

## ANEXO 1. INSTRUMENTO.

CUESTIONARIO

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Religión: \_\_\_\_\_
5. Domicilio (delegación o municipio y estado): \_\_\_\_\_
6. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
7. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
8. Complete la siguiente ficha de identificación familiar (cuadro), de las personas que viven con usted:

| INTEGRANTES |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|-------------|------|------------|-------------|-----------|--------------|---------------------|----------|-----------------|
| NOMBRE      | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | RELIGION | ESTADO DE SALUD |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |

9. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
10. Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
11. ¿Se ha sentido usted aislado de su familia?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
12. Haga una lista de sus mejores amigos, utilice su nombre de pila:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_
13. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, grupo religioso, deportivo, etcétera?  
NO ( ) Pase a la pregunta 15  
SÍ ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
14. Actividades en las que participó el mes pasado:  
\_\_\_\_\_
15. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?  
( ) No, no me gusta pedir ayuda.  
( ) Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o  
3. \_\_\_\_\_

16. Por favor, verifique lo siguiente con respecto a usted antes de entrar a la residencia médica:

| Estaba satisfecho con:                | NO  | SÍ  | NO APLICA |
|---------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Sus hábitos de trabajo                | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de alimentación           | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de ejercicio              | ( ) | ( ) | ( )       |
| El tiempo dedicado para la recreación | ( ) | ( ) | ( )       |
| Su consumo o no de drogas y alcohol   | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de sueño                  | ( ) | ( ) | ( )       |

17. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

- ( ) muy satisfecho con su vida
- ( ) moderadamente satisfecho con su vida
- ( ) completamente satisfecho con su vida
- ( ) un poco satisfecho con su vida
- ( ) insatisfecho con su vida

18. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

19. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para las actividades que mencionó en la pregunta anterior es:

|              | Mucho menor | Menor | El mismo | Mayor | Mucho mayor |
|--------------|-------------|-------|----------|-------|-------------|
| Actividad 1. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 2. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 3. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |

20. Enumere crisis personales o familiares que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

21. Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica, usted se ha sentido:

- ( ) muy satisfecho
- ( ) moderadamente satisfecho
- ( ) completamente satisfecho
- ( ) un poco satisfecho
- ( ) insatisfecho

22. Marque con una cruz los sentimientos que ha experimentado durante su residencia (puede marcar más de uno):

|                |                 |                 |              |
|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| ( ) excitado   | ( ) abrumado    | ( ) energético  | ( ) enojado  |
| ( ) tenso      | ( ) culpable    | ( ) solo        | ( ) jovial   |
| ( ) contento   | ( ) feliz       | ( ) optimista   | ( ) cómodo   |
| ( ) aturdido   | ( ) intranquilo | ( ) aburrido    | ( ) relajado |
| ( ) satisfecho | ( ) celoso      | ( ) otros _____ |              |

23. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

NO ( )

SÍ ( ) ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

Indique si sus molestias se refieren a:

|                                      |                 |                              |                     |
|--------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|
| ( ) Cefalea                          | ( ) Taquicardia | ( ) Gastritis                | ( ) Pérdida de peso |
| ( ) Alergia                          | ( ) Mareo       | ( ) Tics                     | ( ) Asma            |
| ( ) Cansancio                        | ( ) Dismenorrea | ( ) Dolor abdominal          |                     |
| ( ) Confusión                        | ( ) Colitis     | ( ) Disminución de la líbida |                     |
| ( ) Alteraciones de presión arterial |                 | Otras _____                  |                     |

24. ¿Desde que entró a la residencia médica, ha usted iniciado algún tratamiento médico?  
( ) NO  
( ) Sí. Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Especialidad del médico tratante: \_\_\_\_\_

DURANTE EL TRANCURSO DE SU RESIDENCIA MÉDICA HA NOTADO:

25. Cambios en sus hábitos de sueño:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
26. Cambios en sus hábitos de alimentación:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
27. Cambios en sus hábitos de trabajo:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
28. Cambios en su rutina de ejercicio:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
29. Cambios en sus actividades de tiempo libre:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
30. Cambios en su hábito de fumar o no fumar:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
31. Cambios en su consumo o no de alcohol:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
32. Cambios en su utilización o no de drogas y medicinas:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
33. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para poder identificar sus crisis?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
34. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
35. ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?

---

---

---

---

**ANEXO 2.**

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

**IDENTIFICACIÓN DE CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.  
VALIDEZ DE CONTENIDO Y PROPUESTA DE ESTUDIO.**

El presente trabajo tiene como objetivo identificar las crisis personales y familiares en los médicos residentes de medicina familiar. La información que se obtendrá de este trabajo será utilizada con fines de investigación, será de carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria, la investigación tiene la autorización de realizarse en las sedes clínicas de la especialidad de medicina familiar pertenecientes al ISSSTE en el Distrito Federal.

En caso de sentirse incómodo con alguna de las preguntas, tiene la libertad de no seguir contestando.

1. ¿Acepta usted colaborar en el estudio?

SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3. PROPUESTA INICIAL.

#### CUESTIONARIO

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Sexo: \_\_\_\_\_

4. Estado civil: \_\_\_\_\_

5. Religión: \_\_\_\_\_

6. Domicilio: \_\_\_\_\_

7. ¿Con qué integrantes de su familia vive?

\_\_\_\_\_

8. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_

9. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_

10. Ficha de identificación, integrantes de su familia que viven con usted:

| INTEGRANTES         |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| NOMBRE              |  |  |  |  |
| EDAD                |  |  |  |  |
| PARENTESCO          |  |  |  |  |
| ESCOLARIDAD         |  |  |  |  |
| OCUPACIÓN           |  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL        |  |  |  |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |  |  |  |
| RELIGIÓN            |  |  |  |  |
| ESTADO DE SALUD     |  |  |  |  |

11. ¿Cómo describiría sus relaciones interpersonales con:

|                           | SATISFACTORIA | ACEPTABLE | CONFLICTIVA-<br>ABRUMADORA |
|---------------------------|---------------|-----------|----------------------------|
| Sus padres                |               |           |                            |
| Sus parientes             |               |           |                            |
| Su cónyuge                |               |           |                            |
| Sus hijos                 |               |           |                            |
| Sus compañeros de trabajo |               |           |                            |
| Sus amigos                |               |           |                            |
| Sus vecinos               |               |           |                            |

12. ¿Durante su residencia médica ha podido identificar sus propias crisis familiares, ya sea normativas o no normativas?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) OCASIONALMENTE ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

13. De haber respondido SÍ, ¿cree usted que la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificarlas?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) OCASIONALMENTE ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

14. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en:

- Sus hábitos de sueño  
 duerme más                       duerme menos
- Sus hábitos de alimentación  
 come más                       come menos                       cambió su dieta
- Sus hábitos de fumar  
 fuma más                       fuma menos
- Su consumo de alcohol  
 bebe más                       bebe menos
- Su utilización de drogas y medicinas  
 consume más                       consume menos
- Sus hábitos de trabajo  
 trabaja más                       trabaja menos
- Sus actividades de tiempo libre  
 emplea más tiempo en la diversión  
 emplea menos tiempo en la diversión
- Su rutina de ejercicio  
 hace más ejercicio                       hace menos ejercicio

15. Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de su residencia médica:

- | NO                       | SÍ                       | Estaba satisfecho con:                          |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de trabajo                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de alimentación                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de ejercicio                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus actividades en el tiempo para la recreación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Su consumo de drogas y alcohol                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de sueño                            |

16. Al tomar todo en consideración, antes de que entrara a la residencia médica, por encima de todo, usted estaba:

- muy satisfecho con su vida  
 moderadamente satisfecho con su vida  
 completamente satisfecho con su vida  
 un poco satisfecho con su vida  
 insatisfecho con su vida

17. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

18. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

|              | Mucho menor | Menor | El mismo | Mayor | Mucho mayor |
|--------------|-------------|-------|----------|-------|-------------|
| Actividad 1. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 2. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 3. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |

19. Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo usted en el transcurso de la residencia médica:

- ( ) excitado ( ) abrumado ( ) energético  
( ) enojado ( ) tenso ( ) culpable  
( ) solo ( ) jovial ( ) contento  
( ) feliz ( ) optimista ( ) cómodo  
( ) “aturdido” ( ) intranquilo ( ) aburrido  
( ) relajado ( ) temeroso ( ) exhausto  
( ) satisfecho ( ) receloso ( ) otros

20. Repase la lista de sentimientos una vez más y seleccione los cinco que fueron característicos en usted antes de la residencia.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

21. Haga una lista de más de 3 sentimientos que usted desea experimentar con menos frecuencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

22. Haga una lista de más de 3 sentimientos que usted desea experimentar con más frecuencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

23. Por favor, complete las siguientes oraciones:

\* Siento que estoy en mi mejor condición cuando: \_\_\_\_\_

\* Me siento de lo peor cuando: \_\_\_\_\_

24. Desde que entró a la residencia usted ha tenido:  
¿podría relacionarlos con alguna fecha en especial?

- ( ) Dolores de cabeza ( ) Taquicardias  
( ) Presión alta/baja ( ) Alergias  
( ) Pérdida de peso ( ) Ataques de mareo

- Artritis
- Dolor abdominal
- Menstruación dolorosa
- Dolores estomacales
- Asma
- Confusión
- Desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares
- Desorganización en el funcionamiento de sus actividades laborales
- Desorganización en el funcionamiento de sus actividades sociales
- Otros
- Disminución de la energía
- Disminución en el interés por el sexo
- Complicaciones intestinales
- Tics
- Sentimientos de desamparo
- Cansancio

25. Por favor, repase la lista de nuevo y encierre en un círculo aquellos problemas que le han inquietado en algún momento anterior de su vida, estos es, antes de entrar a la residencia.

26. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico?

- NO
- SÍ. Medicamentos. \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico. \_\_\_\_\_  
 Médico tratante. \_\_\_\_\_

27. Por favor, evalúe que tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente:

|             |     |     |     |     |     |     |     |                   |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|
|             | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   |                   |
| Cómodamente | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )Extremadamente |
| Relajado    |     |     |     |     |     |     |     | Tenso             |

28. ¿Qué parte de su cuerpo se siente más tensa?

\_\_\_\_\_

29. ¿Se siente usted cerca de su familia?

Sí, muy cerca ( ) Moderadamente cerca ( ) Neutra ( ) Distante ( ) Muy distante ( )

30. Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice su nombre de pila:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

31. ¿Quién es actualmente la persona más importante en su vida?

\_\_\_\_\_

32. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, etcétera?

- NO.
- SÍ. Especifique: \_\_\_\_\_

33. Actividades en las que participó el mes pasado:

\_\_\_\_\_

34. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

No, no me gusta pedir ayuda.

Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o  
3. \_\_\_\_\_ y/o  
4. \_\_\_\_\_.

35. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) OCASIONALMENTE ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

36. Enumere eventos trascendentes en su vida, durante el transcurso de la residencia médica:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_

**ANEXO 4. PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 1.**  
CUESTIONARIO

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. Religión: \_\_\_\_\_
6. Domicilio: \_\_\_\_\_
7. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
8. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
9. Ficha de identificación, integrantes de su familia que viven con usted:

| INTEGRANTES         |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| NOMBRE              |  |  |  |  |
| EDAD                |  |  |  |  |
| PARENTESCO          |  |  |  |  |
| ESCOLARIDAD         |  |  |  |  |
| OCUPACIÓN           |  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL        |  |  |  |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |  |  |  |
| RELIGIÓN            |  |  |  |  |
| ESTADO DE SALUD     |  |  |  |  |

10. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

11. En su familia, se demuestran el cariño que se tienen:  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

12. En su familia se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa:  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

13. ¿Se siente usted cerca de su familia?  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

14. Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice su nombre de pila:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

15. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, etcétera?  
( ) NO.  
( ) SÍ. Especifique: \_\_\_\_\_

16. Actividades en las que participó el mes pasado:

\_\_\_\_\_

17. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

No, no me gusta pedir ayuda.

Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o  
3. \_\_\_\_\_ y/o  
4. \_\_\_\_\_.

18. Enumere eventos trascendentes en su vida, durante el transcurso de la residencia médica:

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_

19. ¿Durante su residencia médica ha podido identificar sus propias crisis familiares, ya sea normativas o no normativas?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

20. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificarlas?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

21. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de sueño?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

22. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de alimentación?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

23. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de fumar?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

24. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su consumo de alcohol?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

25. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su utilización de drogas y medicinas?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

26. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de trabajo?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

27. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su rutina de ejercicio?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

28. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus actividades de tiempo libre?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

29. Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de su residencia médica:

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| NO  | SÍ  | Estaba satisfecho con:                          |
| ( ) | ( ) | Sus hábitos de trabajo                          |
| ( ) | ( ) | Sus hábitos de alimentación                     |
| ( ) | ( ) | Sus hábitos de ejercicio                        |
| ( ) | ( ) | Sus actividades en el tiempo para la recreación |
| ( ) | ( ) | Su consumo de drogas y alcohol                  |
| ( ) | ( ) | Sus hábitos de sueño                            |

30. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

( ) muy satisfecho con su vida  
( ) moderadamente satisfecho con su vida  
( ) completamente satisfecho con su vida  
( ) un poco satisfecho con su vida  
( ) insatisfecho con su vida

31. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

32. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

|              | Mucho menor | Menor | El mismo | Mayor | Mucho mayor |
|--------------|-------------|-------|----------|-------|-------------|
| Actividad 1. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 2. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 3. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |

33. Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo usted en el transcurso de la residencia médica:

( ) excitado ( ) abrumado ( ) energético  
( ) enojado ( ) tenso ( ) culpable  
( ) solo ( ) jovial ( ) contento  
( ) feliz ( ) optimista ( ) cómodo  
( ) “aturdido” ( ) intranquilo ( ) aburrido  
( ) relajado ( ) temeroso ( ) exhausto  
( ) satisfecho ( ) receloso ( ) otros

34. Repase la lista de sentimientos una vez más y seleccione los cinco que fueron característicos en usted antes de la residencia.

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

35. Haga una lista de más de 3 sentimientos que usted desea experimentar con menos frecuencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

36. Haga una lista de más de 3 sentimientos que usted desea experimentar con más frecuencia:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

37. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

NO ( )

SÍ ( ) ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_  
¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

38. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico?

( ) NO

( ) SÍ. Medicamentos. \_\_\_\_\_  
Diagnóstico. \_\_\_\_\_  
Médico tratante. \_\_\_\_\_

39. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

40. ¿Cómo ha sobrepasado sus crisis, de haberlas presentado durante su residencia médica?

---

---

---

---

## ANEXO 5. PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 2.

### CUESTIONARIO

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. Religión: \_\_\_\_\_
6. Domicilio: \_\_\_\_\_
7. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
8. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
9. Ficha de identificación, integrantes de su familia que viven con usted:

| INTEGRANTES         |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| NOMBRE              |  |  |  |  |
| EDAD                |  |  |  |  |
| PARENTESCO          |  |  |  |  |
| ESCOLARIDAD         |  |  |  |  |
| OCUPACIÓN           |  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL        |  |  |  |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |  |  |  |
| RELIGIÓN            |  |  |  |  |
| ESTADO DE SALUD     |  |  |  |  |

10. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

11. En su familia se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa:  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

12. ¿Se ha sentido aislado de su familia?  
CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

13. Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice su nombre de pila:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

14. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, etcétera?

( ) NO.

( ) SÍ. Especifique: \_\_\_\_\_

15. Actividades en las que participó el mes pasado:

\_\_\_\_\_

16. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

No, no me gusta pedir ayuda.

Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o  
3. \_\_\_\_\_ y/o  
4. \_\_\_\_\_.

17. Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de su residencia médica:

| NO                       | SÍ                       | Estaba satisfecho con:                          |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de trabajo                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de alimentación                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de ejercicio                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus actividades en el tiempo para la recreación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Su consumo de drogas y alcohol                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de sueño                            |

18. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

muy satisfecho con su vida  
 moderadamente satisfecho con su vida  
 completamente satisfecho con su vida  
 un poco satisfecho con su vida  
 insatisfecho con su vida

19. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

20. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

|              | Mucho menor              | Menor                    | El mismo                 | Mayor                    | Mucho mayor              |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actividad 1. | <input type="checkbox"/> |
| Actividad 2. | <input type="checkbox"/> |
| Actividad 3. | <input type="checkbox"/> |

21. Enumere crisis familiares o individuales que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo:

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_

22. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificarlas?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

23. Actualmente y durante la residencia médica, usted se ha sentido:

- muy satisfecho con su vida
- moderadamente satisfecho con su vida
- completamente satisfecho con su vida
- un poco satisfecho con su vida
- insatisfecho con su vida

24. Enumere sentimientos agradables que ha experimentado durante la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

25. Enumere sentimientos desagradables que ha experimentado durante la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

26. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

NO

SÍ  ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

27. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico?

NO

SÍ. Medicamentos. \_\_\_\_\_

Diagnóstico. \_\_\_\_\_

Médico tratante. \_\_\_\_\_

28. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de sueño?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

29. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de alimentación?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

30. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de fumar?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

31. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su consumo de alcohol?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

32. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su utilización de drogas y medicinas?

CASI NUNCA  POCAS VECES  A VECES  MUCHAS VECES  CASI SIEMPRE

33. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de trabajo?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

34. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su rutina de ejercicio?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

35. ¿Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus actividades de tiempo libre?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

36. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

CASI NUNCA ( ) POCAS VECES ( ) A VECES ( ) MUCHAS VECES ( ) CASI SIEMPRE ( )

37. ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?

---

---

---

---

## ANEXO 6. PROPUESTA MODIFICADA VERSIÓN 3.

### CUESTIONARIO

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Religión: \_\_\_\_\_
5. Domicilio: \_\_\_\_\_
6. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
9. Ficha de identificación familiar (cuadro), personas que viven con usted:

| INTEGRANTES |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|-------------|------|------------|-------------|-----------|--------------|---------------------|----------|-----------------|
| NOMBRE      | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | RELIGION | ESTADO DE SALUD |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |

10. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
11. Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
12. ¿Se ha sentido usted aislado de su familia?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
13. Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice su nombre de pila:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_
14. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, grupo religioso, deportivo, etcétera?  
NO ( ) Pase a la pregunta 15  
SÍ ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
15. Actividades en las que participó el mes pasado:  
\_\_\_\_\_

16. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

No, no me gusta pedir ayuda.

Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o

17. Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de su residencia médica:

| NO                       | SÍ                       | Estaba satisfecho con:                          |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de trabajo                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de alimentación                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de ejercicio                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus actividades en el tiempo para la recreación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Su consumo o no de drogas y alcohol             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sus hábitos de sueño                            |

18. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

- muy satisfecho con su vida
- moderadamente satisfecho con su vida
- completamente satisfecho con su vida
- un poco satisfecho con su vida
- insatisfecho con su vida

19. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

20. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para las actividades que mencionó en la pregunta anterior es:

|              | Mucho menor              | Menor                    | El mismo                 | Mayor                    | Mucho mayor              |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actividad 1. | <input type="checkbox"/> |
| Actividad 2. | <input type="checkbox"/> |
| Actividad 3. | <input type="checkbox"/> |

21. Enumere crisis personales o familiares que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

22. Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica, usted se ha sentido:

- muy satisfecho
- moderadamente satisfecho
- completamente satisfecho
- un poco satisfecho
- insatisfecho

23. Indique sentimientos que ha experimentado durante su residencia:

|                                     |                                      |                                      |                                   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excitado   | <input type="checkbox"/> abrumado    | <input type="checkbox"/> energético  | <input type="checkbox"/> enojado  |
| <input type="checkbox"/> tenso      | <input type="checkbox"/> culpable    | <input type="checkbox"/> solo        | <input type="checkbox"/> jovial   |
| <input type="checkbox"/> contento   | <input type="checkbox"/> feliz       | <input type="checkbox"/> optimista   | <input type="checkbox"/> cómodo   |
| <input type="checkbox"/> aturdido   | <input type="checkbox"/> intranquilo | <input type="checkbox"/> aburrido    | <input type="checkbox"/> relajado |
| <input type="checkbox"/> satisfecho | <input type="checkbox"/> receloso    | <input type="checkbox"/> otros _____ |                                   |

24. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

NO

SÍ  ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

Indique si sus molestias se refieren a:

- |   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cefalea                          | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Gastritis                | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Alergia                          | <input type="checkbox"/> Mareo       | <input type="checkbox"/> Tics                     | <input type="checkbox"/> Asma            |
| <input type="checkbox"/> Cansancio                        | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal          |  |
| <input type="checkbox"/> Confusión                        | <input type="checkbox"/> Colitis     | <input type="checkbox"/> Disminución de la libido |  |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de presión arterial |                                      | Otras _____                                       |  |

25. ¿Desde que entró a su residencia médica, ha usted iniciado algún tratamiento médico?

NO

Sí. Medicamentos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

26. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de sueño:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

27. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de alimentación:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

28. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su hábito de fumar o no fumar:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

29. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su consumo o no de alcohol:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

30. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su utilización o no de drogas y medicinas:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

31. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de trabajo:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

32. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su rutina de ejercicio:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

33. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus actividades de tiempo libre:

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

34. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificar sus crisis?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

35. ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

36. ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?

---

---

---

---

## ANEXO 7. ESCALA DE PUNTUACIÓN.

### FORMATO DEL CUESTIONARIO

FECHA: \_\_\_\_\_

1. (0) Edad: \_\_\_\_\_
2. (0) Sexo: \_\_\_\_\_
3. (0) Estado civil: \_\_\_\_\_
4. (0) Religión: \_\_\_\_\_
5. (0) Domicilio: \_\_\_\_\_
6. (0) Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. (0) Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
9. (0) Ficha de identificación (cuadro), personas que viven con usted:

| INTEGRANTES |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|-------------|------|------------|-------------|-----------|--------------|---------------------|----------|-----------------|
| NOMBRE      | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | RELIGION | ESTADO DE SALUD |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |

10. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
(4)NUNCA ( ) (3) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (1) CASI SIEMPRE ( ) (0) SIEMPRE ( )
11. Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:  
(4)NUNCA ( ) (3) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (1) CASI SIEMPRE ( ) (0) SIEMPRE ( )
12. ¿Se ha sentido usted aislado de su familia?  
(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )
13. (0) Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice su nombre de pila:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_
14. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, etcétera?  
(6) NO ( ) Pase a la pregunta 16  
(0) SÍ ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

15. (0) Actividades en las que participó el mes pasado:

16. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

(7) ( ) No, no me gusta pedir ayuda.

(0) ( ) Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o

17. Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de su residencia médica:

| NO (1) | SÍ (0) | Estaba satisfecho con:                          |
|--------|--------|---|
| ( )    | ( )    | Sus hábitos de trabajo                          |
| ( )    | ( )    | Sus hábitos de alimentación                     |
| ( )    | ( )    | Sus hábitos de ejercicio                        |
| ( )    | ( )    | Sus actividades en el tiempo para la recreación |
| ( )    | ( )    | Su consumo de drogas y alcohol                  |
| ( )    | ( )    | Sus hábitos de sueño                            |

18. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

(2) ( ) muy satisfecho con su vida

(6) ( ) moderadamente satisfecho con su vida

(4) ( ) completamente satisfecho con su vida

(8) ( ) un poco satisfecho con su vida

(10) ( ) insatisfecho con su vida

19. (0) Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

20. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

(6) Mucho menor (4) Menor (0) El mismo (1) Mayor (2) Mucho mayor

Actividad 1. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Actividad 2. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Actividad 3. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

21. (100) Enumere crisis familiares o individuales que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron:

a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_

22. Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica, usted se ha sentido:

(2) ( ) muy satisfecho

(4) ( ) moderadamente satisfecho

(6) ( ) completamente satisfecho

(8) ( ) un poco satisfecho

(10) ( ) insatisfecho

23. Indique sentimientos que ha experimentado durante su residencia:

(1) ( ) excitado (2) ( ) abrumado (1) ( ) energético (3) ( ) enojado

(2) ( ) tenso (1) ( ) culpable (3) ( ) solo (0) ( ) jovial

(0) ( ) contento (0) ( ) feliz (0) ( ) optimista (0) ( ) cómodo

(3) ( ) aturdido (1) ( ) intranquilo (2) ( ) aburrido (0) ( ) relajado

(0) ( ) satisfecho (1) ( ) receloso (4) ( ) otros \_\_\_\_\_

24. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

(0) NO ( )

(15) SÍ ( ) ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

Indique si sus molestias se refieren a:

|  |                     |                                  |                         |
|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------|
| (2) ( ) Cefalea                          | (2) ( ) Taquicardia | (2) ( ) Gastritis                | (1) ( ) Pérdida de peso |
| (1) ( ) Alergia                          | (1) ( ) Mareo       | (1) ( ) Tics                     | (1) ( ) Asma            |
| (1) ( ) Cansancio                        | (1) ( ) Dismenorrea | (1) ( ) Dolor abdominal          |                         |
| (1) ( ) Confusión                        | (1) ( ) Colitis     | (1) ( ) Disminución de la libido |                         |
| (1) ( ) Alteraciones de presión arterial |                     | (2) Otras _____                  |                         |

25. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico?

(0) ( ) NO

(15) ( ) SÍ. Medicamentos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

26. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de sueño:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

27. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de alimentación:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

28. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de fumar:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

29. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su consumo de alcohol:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

30. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su utilización de drogas y medicinas:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

31. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus hábitos de trabajo:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

32. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en su rutina de ejercicio:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

33. Durante el transcurso de su residencia médica ha advertido cambios en sus actividades de tiempo libre:

(0) NUNCA ( ) (1) CASI NUNCA ( ) (2) A VECES ( ) (3) CASI SIEMPRE ( ) (4) SIEMPRE ( )

34. (0) ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar contribuyó en algo para poder identificar sus crisis?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

35. (0) ¿Cree usted que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )

36. (0) ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?

---

## ANEXO 8. PROPUESTA FINAL DEL INSTRUMENTO.

### CUESTIONARIO

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Religión: \_\_\_\_\_
5. Domicilio (delegación o municipio y estado): \_\_\_\_\_
6. Sede donde realiza la residencia médica: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. Grado que cursa en este momento: \_\_\_\_\_
9. Complete la siguiente ficha de identificación familiar (cuadro), de las personas que viven con usted:

| INTEGRANTES |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|-------------|------|------------|-------------|-----------|--------------|---------------------|----------|-----------------|
| NOMBRE      | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | RELIGION | ESTADO DE SALUD |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |
|             |      |            |             |           |              |                     |          |                 |

10. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:  
 NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
11. Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:  
 NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
12. ¿Se ha sentido usted aislado de su familia?  
 NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
13. Haga una lista de sus mejores amigos, utilice su nombre de pila:  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_
14. ¿Es usted miembro de algún club social, cofraternidad, grupo religioso, deportivo, etcétera?  
 NO ( ) Pase a la pregunta 15  
 SÍ ( ) Especifique: \_\_\_\_\_
15. Actividades en las que participó el mes pasado:  
 \_\_\_\_\_
16. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?  
 ( ) No, no me gusta pedir ayuda.  
 ( ) Sí, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
 2. \_\_\_\_\_ y/o  
 3. \_\_\_\_\_

17. Por favor, verifique lo siguiente con respecto a usted antes de entrar a la residencia médica:

| Estaba satisfecho con:                | NO  | SÍ  | NO APLICA |
|---------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Sus hábitos de trabajo                | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de alimentación           | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de ejercicio              | ( ) | ( ) | ( )       |
| El tiempo dedicado para la recreación | ( ) | ( ) | ( )       |
| Su consumo o no de drogas y alcohol   | ( ) | ( ) | ( )       |
| Sus hábitos de sueño                  | ( ) | ( ) | ( )       |

18. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

- ( ) muy satisfecho con su vida
- ( ) moderadamente satisfecho con su vida
- ( ) completamente satisfecho con su vida
- ( ) un poco satisfecho con su vida
- ( ) insatisfecho con su vida

19. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

20. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para las actividades que mencionó en la pregunta anterior es:

|              | Mucho menor | Menor | El mismo | Mayor | Mucho mayor |
|--------------|-------------|-------|----------|-------|-------------|
| Actividad 1. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 2. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |
| Actividad 3. | ( )         | ( )   | ( )      | ( )   | ( )         |

21. Enumere crisis personales o familiares que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

22. Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica, usted se ha sentido:

- ( ) muy satisfecho
- ( ) moderadamente satisfecho
- ( ) completamente satisfecho
- ( ) un poco satisfecho
- ( ) insatisfecho

23. Marque con una cruz los sentimientos que ha experimentado durante su residencia (puede marcar más de uno):

- |                |                 |                 |              |
|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| ( ) excitado   | ( ) abrumado    | ( ) energético  | ( ) enojado  |
| ( ) tenso      | ( ) culpable    | ( ) solo        | ( ) jovial   |
| ( ) contento   | ( ) feliz       | ( ) optimista   | ( ) cómodo   |
| ( ) aturdido   | ( ) intranquilo | ( ) aburrido    | ( ) relajado |
| ( ) satisfecho | ( ) celoso      | ( ) otros _____ |              |

24. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

- NO ( )  
 Sí ( ) ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

Indique si sus molestias se refieren a:

- |                                      |                 |                              |                     |
|--------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|
| ( ) Cefalea                          | ( ) Taquicardia | ( ) Gastritis                | ( ) Pérdida de peso |
| ( ) Alergia                          | ( ) Mareo       | ( ) Tics                     | ( ) Asma            |
| ( ) Cansancio                        | ( ) Dismenorrea | ( ) Dolor abdominal          |                     |
| ( ) Confusión                        | ( ) Colitis     | ( ) Disminución de la líbida |                     |
| ( ) Alteraciones de presión arterial |                 | Otras _____                  |                     |

25. ¿Desde que entró a la residencia médica, ha usted iniciado algún tratamiento médico?  
( ) NO  
( ) Sí. Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Especialidad del médico tratante: \_\_\_\_\_

DURANTE EL TRANSCURSO DE SU RESIDENCIA MÉDICA HA NOTADO:

26. Cambios en sus hábitos de sueño:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
27. Cambios en sus hábitos de alimentación:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
28. Cambios en sus hábitos de trabajo:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
29. Cambios en su rutina de ejercicio:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
30. Cambios en sus actividades de tiempo libre:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
31. Cambios en su hábito de fumar o no fumar:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
32. Cambios en su consumo o no de alcohol:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
33. Cambios en su utilización o no de drogas y medicinas:  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
34. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para poder identificar sus crisis?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
35. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?  
NUNCA ( ) CASI NUNCA ( ) A VECES ( ) CASI SIEMPRE ( ) SIEMPRE ( )
36. ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?

---

---

---

---

**ANEXO 9. OFICIO DE PRESENTACIÓN.**



*Awse*



**DELEGACION REGIONAL ZONA NORTE  
SUBDELEGACION MEDICA  
C.M.F. GUSTAVO A. MADERO  
Calzada de Guadalupe No. 712  
Colonia Tepeyac Insurgentes  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
Oficio. E/2006**

México, D.F, a 13 de Diciembre de 2006.

**C. DIRECTORES DE LAS CLÍNICAS DE  
MEDICINA FAMILIAR  
"ORIENTE"  
"MARINA NACIONAL"  
"IGNACIO CHÁVEZ"**



**PRESENTE**

*Me permito solicitar a Ustedes, y de no existir inconveniente, el otorgar las facilidades necesarias a la Dra. Angelina García Vite, Médico Residente de 2º. Año de la Especialidad de Medicina Familiar, para la aplicación del Cuestionario en Médicos Residentes de la Especialidad en Medicina Familiar, para la realización del protocolo de Investigación " Identificación de Crisis Personales y Familiares en Médicos Residentes de Cuatro Sedes Académicas Del I.S.S.S.T.E. del Curso de Especialización en Medicina Familiar".*

*Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, aprovecho para enviar a Ustedes un cordial saludo.*

*13 DICIEMBRE*  
**DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA  
MEDICINA FAMILIAR  
CARTULA PROFESIONAL 510248  
ESPECIALIDAD AEIE-29973**

**ATENTAMENTE**

**EL JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

*[Signature]*  
**DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES**



**"Transformar al ISSSTE es tarea de equipo"**

**ANEXO 10. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.**

**REVISIÓN POR EXPERTOS EN EL ÁREA:**

NOMBRE: MIGUEL A VELAZQUEZ RIOS  
CARGOS: TERAPEUTA FAMILIAR DEL INSTITUTO PERSONAS  
FECHA DE REVISIÓN: 25 XI 06  
FIRMA DE VISTO BUENO: 28-XI-06

NOMBRE: MARIA TERESA ISLAS PIEDRAS  
CARGOS: TERAPEUTA FAMILIAR DEL INSTITUTO PERSONAS  
FECHA DE REVISIÓN: 28-XI-06  
FIRMA DE VISTO BUENO: 28-XI-06

NOMBRE: BLANCA VALADES RIVAS  
CARGOS: TERAPEUTA FAMILIAR INST. DE ENTRENAMIENTO E INVEST. PSICOTERAPIA DE PAREJA Y FAM  
FECHA DE REVISIÓN: 03/11/06  
FIRMA DE VISTO BUENO: 01/12/06

NOMBRE: José Robén Quiroz Pérez  
CARGOS: terapeutas familiares del Instituto de la Familia  
FECHA DE REVISIÓN: 08-01-07  
FIRMA DE VISTO BUENO:

NOMBRE: Miguel Ángel Hernández Hernández  
CARGOS: profesor del curso de subespecialidad en Orientación familiar - UNAM/ISSSTE.  
FECHA DE REVISIÓN: 10 / I / 07  
FIRMA DE VISTO BUENO:

## ANEXO 11. REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.



Subdirección General Médica  
Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria  
Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación

Oficio No. SGM/SRAH/JSEI/DI/200.2003.4-1/ 1624 /07.

México, D. F., 24 de abril de 2007.

**Dr. Luis Beltrán Lagunes**  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
de la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero"  
Presente

En atención a su oficio N° E/2007 del 18 de abril/07, en el cual envía documentación para registro de Protocolo de Investigación, me permito informarle que el dictamen fue:

### FAVORABLE

Para el Protocolo: **Identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, validez de contenido y propuesta de estudio.**

Otorgándosele el número de registro: **107.2007.**

Así mismo me pongo a sus órdenes para cualquier aclaración, duda o asesoría en el teléfono 56 06 54 09, fax 56 06 30 02 o a la Red 13035.

Atentamente

**Dra. Martha Silvia Andalco Higuerra**  
Jefa del Departamento

c.c.p.: Dra. Angelina García Vite. Residente de 3er. año de Medicina Familiar de la C.M.F.  
"Gustavo A. Madero". Presente.  
Minuta del Departamento de Investigación. Presente.

MSAH\*are



Av. San Fernando 547, Edificio "A" piso 1, Col. Toriello Guerra. México, D.F. 14050  
www.issste.gob.mx

## ANEXO 12. CRONOGRAMA.

| <b>CRONOGRAMA</b>                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                                     | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| Etapa de planeación (trimestres)    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Etapa de planeación proyecto        | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Marco teórico                       |    | X  | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |
| Material y métodos                  |    |    |    | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |
| Registro y autorización de proyecto |    |    |    |    | X  |    |    |    |    |    |    |    |
| Etapa de ejecución proyecto         |    |    |    |    | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |
| Recolección de datos                |    |    |    |    |    |    |    | X  | X  |    |    |    |
| Almacenamiento de datos             |    |    |    |    |    |    |    | X  | X  |    |    |    |
| Análisis de datos                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |    |    |
| Descripción de los resultados       |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  | X  |    |
| Discusión de los resultados         |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  | X  |    |
| Conclusiones del estudio            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |    |
| Integración y revisión final        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  | X  |
| Autorizaciones                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |
| Impresión del trabajo final         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |
| Solicitud de examen de tesis        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |

**ANEXO 13. AVISO RESULTADO.**

México D.F a 05 de Junio de 2007.

A QUIEN CORRESPONDA:

ASUNTO: Resultados del protocolo “Identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar: Validez de contenido y propuesta de estudio”

Por medio de la presente me permito informarle que como resultado de su participación en la aplicación del instrumento para la identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar, el pasado Diciembre de 2006 o Enero de 2007, su folio fue identificado como “CON CRISIS”, debido a una puntuación de 151 o más, representado por los eventos trascendentes enumerados por usted, acompañados, ya sea de dificultades en la expresión de sentimientos, grado de satisfacción en sus actividades, manifestaciones físicas o cambios en sus hábitos y actividades cotidianas.

Por tal motivo, lo invito a reflexionar sobre las herramientas con las que cuenta para afrontar las crisis que se le presenten y si le son suficientes o si será necesario solicitar ayuda oportunamente en algún momento.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, quedo de usted para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

**Dra. Angelina García Vite**

Residente de 3er grado

C.M.F. Gustavo A. Madero

I.S.S.S.T.E

## **6. REFERENCIAS.**

1. Nieto MC. Antecedentes históricos y origen de la medicina familiar. Medicina Familiar 2003 [(citado en 2005 Abr 15) 5 pantallas]. Disponible en: [URL:http://www.ocenet.oceano.com/salud](http://www.ocenet.oceano.com/salud)
2. Ceitlin J, Gómez GT. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. En: Medicina de Familia: La clave de un Nuevo Modelo. Madrid; 1997, p.1-24.
3. McWhinney I. A text book of family medicine. 2a ed. Oxford:Oxford University Press,1997.
4. Gallo VF, Altisent TR, Diez EJ, Fernández SC, Foz GG, Granados MM, et al. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23 (4):236-248.
5. González BP. Los cuatro pilares de la medicina de familia. Arch Med Fam 2004; 6 (2):31-33.
6. Pérez CC, Negrin PI, Fragoso JM. Manifestaciones de las crisis familiares transitorias en una población de Alamar. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 15 (3):443-447.
7. Raffo LS. Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur Universidad de Chile 2005; 1-5.
8. Nieto MC. Recursos del enfoque familiar en medicina: familiograma, factores de riesgo familiar, apgar familiar, ecomapa, ciclos vitales individual y familiar, historia clínica orientada por problemas y guías de mantenimiento de la salud. Medicina Familiar 2003 [(citado en 2005 Feb 21) 5 pantallas]. Disponible en: [URL:http://www.ocenet.oceano.com/salud](http://www.ocenet.oceano.com/salud)
9. González BI. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (3):270-276.
10. Larousse Diccionario Enciclopédico, 11ª Edición. México. 2005. Crisis; p. 299.
11. Camdessus B, Bonjean M, Spector R. Crisis familiares y ancianidad. 1ª ed. México:Paidós; 1989.
12. Attie T. La pareja en crisis. Cómo superar sus conflictos en distintas etapas de la vida. Prensa Médica Mexicana, 1991, México, pp:35

13. Gómez GC. Familiograma –El genograma-. En: Garza TG, Gómez GC, Gutiérrez HR, Macías VL, Martínez LF. Trabajo con Familias. 1ª ed. México. 1997. p. 77-87.
14. Turabián JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Una introducción a los principios de Medicina de Familia. España:Díaz de Santos; 1996. pp. 561.
15. De la Revilla. Acontecimientos vitales estresantes. En: De la Revilla NL, Bailón ME, Caballero FF, Fernández AG, Fleitas CL, Jover CI, et al. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, España:Doyma;1994. p.71-78.
16. Irigoyen CA. Niveles de enfoque del proceso salud-enfermedad. 4ª ed. Internacional. México:Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1996. p.p. 188.
17. Irigoyen CA, Morales LH. MOSAMEF. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Bases Conceptuales. 1ª ed. México:Editorial Medicina Familiar Mexicana;2000.
18. Hidalgo FM. Crisis familiares normativas y paranormativas. Holguín, Cuba:Universidad “Oscar Lucero Moya”;2005 [(citado en 2005 Abr 19) 3 pantallas]. Disponible en:  
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEEFAFFkAZgulmbYkh.php>
19. Nieto MC. Procesos de ajuste y adaptación familiares ante las crisis. Medicina Familiar 2003 [(citado en 2005 Oct 14) 5 pantallas]. Disponible en: [URL:http://www.ocenet.oceano.com/salud](http://www.ocenet.oceano.com/salud)
20. Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México:Manual Moderno;2000.pp 575.
21. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Aten Primaria 1998; 21:331-339.
22. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research 1967; 11:213-218.
23. Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. A Practical Guide to Crisis Management. American Family Physician 2006; 74 (7):1159-1164.
24. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, nota aclaratoria al párrafo 29, añadida en la 54ª Asamblea general de la AMM (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002.

25. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud, México, 1986.
26. Kerllinger FN. Validez. En: Kerllinger FN, Howard BL. Investigación del Comportamiento Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. 4ª ed. México:Mc Graw Hill; 2002. p. 603-625.
27. Polit DF. Validez. En: Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Estados Unidos:Mc Graw Hill Interamericana; 1995. p. 357-363.
28. Young RK, Veldman DJ. Introducción a la ESTADÍSTICA aplicada a las Ciencias de la CONDUCTA. 2ª ed. México:Trillas; 2004.
29. Dawson SB. Compilación de datos en investigación médica. En: Dawson SB, Trapp RG. Bioestadística médica. México: Manual Moderno; 1997. p. 70.
30. Diccionario de Psicología. Editorial Océano. México. 2006. Validez.