



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92, CD. AZTECA,  
ESTADO DE MÉXICO**

**PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL CON MAYOR  
ÍNDICE DE REFERENCIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JORGE MAYAGOITIA HERNÁNDEZ**

**GENERACIÓN 2007 – 2010**

**CD. AZTECA, ESTADO DE MÉXICO**

**NOVIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL CON MAYOR

## ÍNDICE DE REFERENCIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**JORGE MAYAGOITIA HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES:

**DR. RAÚL VELÁZQUEZ VARGAS**

MÉDICO FAMILIAR U.M.F. 67  
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

**DR. RUBÉN RÍOS MORALES**

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92, EDO. DE MÉX. ORIENTE

**DR. RAUL VELÁZQUEZ VARGAS**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR U.M.F. 67  
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

**DR. RUBÉN RÍOS MORALES**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92, MÉXICO ORIENTE

**PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL CON MAYOR  
ÍNDICE DE REFERENCIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**JORGE MAYAGOITIA HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

**PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL  
CON MAYOR ÍNDICE DE REFERENCIA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

**PERCEPCIÓN DE ESTRÉS  
EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL  
CON MAYOR ÍNDICE DE REFERENCIA**

## ÍNDICE GENERAL

1. Título.....	1
2. Índice general.....	2
3. Antecedentes.....	4
3.1 Concepto de estrés.....	4
3.2 Estrés familia y trabajo.....	4
3.3 Escala de percepción de estrés.....	6
3.4 Protectores de estrés.....	6
3.5 Satisfacción profesional y calidad de la atención.....	7
3.6 Factores que influyen en la calidad de atención.....	7
3.7 Índice de referencia como indicador de calidad.....	8
4. Planteamiento del problema.....	9
5. Justificación.....	10
6. Objetivos.....	11
6.1 Objetivo General.....	11
6.2 Objetivo Específico.....	11
7. Hipótesis.....	12
8. Metodología.....	12
8.1 Tipo de estudio.....	12
8.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	12
8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra de estudio.....	13
8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	13
8.5 Información a recolectar.....	14
8.6 Método o procedimiento para captar la información.....	15
8.7 Consideraciones éticas.....	16
9. Resultados.....	17
9.1 Descripción de los resultados.....	17
9.2 Tablas (cuadros) y gráficas.....	19
10. Discusión.....	29

11. Conclusiones.....	30
12. Referencias bibliográficas.....	31
13. Anexos.....	35

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1 Concepto de estrés**

El estrés es la respuesta de nuestro organismo a todas las presiones a las que está sometido y al no poder controlarlo nos lleva a experimentar crisis en el personal de salud, expresado por bajas laborales de causa psicológica como depresión secundaria a cansancio y agotamiento, y ocasionalmente una oculta medicina defensiva ejercida por el médico como respuesta a estos eventos <sup>(1,2,3)</sup>.

#### **3.2 Estrés familia y trabajo.**

Hay una variedad de fuentes de las que pueden provenir el estrés que pueden ser clasificadas según al sistema al que pertenezcan: la persona, la familia, la comunidad y la sociedad. La interacción entre los diferentes miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, produce frecuentemente estrés. Naturalmente, el papel de la familia es ambivalente, ya que si crea estrés, también lo previene, y en su caso, lo reduce. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros. La diversidad de contextos sociales a los que pertenecemos son así mismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es, probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes. Con respecto a los estresores laborales se ha distinguido “estresores del ambiente físico” (ruido, vibración, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, condiciones climatológicas, disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo); “demandas estresantes del trabajo” (trabajo por turnos y trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros), “contenidos del trabajo” (oportunidad para el control, oportunidad para el uso de habilidades, variedad de las tareas, feedback de la propia tarea, identidad de la tarea y complejidad del trabajo); “estrés por desempeño de

roles”, estrés por relaciones interpersonales y grupales”; “estrés relacionado con el desarrollo de la carrera”; “estresores deliberados de las nuevas tecnologías”, y, finalmente, “estresores derivados de la estructura y del clima organizacionales” (4,5,6,7).

Un estudio por López y colaboradores (2007), con 154 médicos del primer nivel de atención, concluyó que existen factores laborales asociados con desgaste profesional, que puede afectar la atención de los pacientes; estos factores son cansancio emocional, despersonalización y realización personal. El cansancio emocional alto se asoció significativamente con área física inadecuada (OR 3.9, IC 95% = 1.5-10.6), con carga laboral (OR 7.6, IC 95 % = 1.6-50.7) y con falta de estímulos laborales (OR 4.4, IC 95 % = 1.7-11.9). La despersonalización se asoció únicamente con el salario (OR 2.6, IC 95 % = 1.05-6.4) <sup>(8)</sup>

Un estudio por Hernández y colaboradores (2003), demostró que en Cuba el Síndrome de Burnout en los médicos alcanzó un 35 % y fue mayor a médicos del segundo nivel de atención, el sexo en el que predominó fue en las mujeres <sup>(9)</sup>.

Aranda y colaboradores (2005), realizaron un estudio con 163 médicos adscritos a 23 Unidades de Medicina Familiar del IMSS en Guadalajara, El 63.8 % son hombres. La edad promedio fue de 47 años. Están casados 126 (77.3 %). 125 (76.7%) de ellos sí contaban con la especialidad en Medicina Familiar. Según los años de servicio en la institución un gran porcentaje de la población de estudio 149 (91.5 %) tienen más de 10 años pero menos de 30 años trabajando para la institución, más del 50 % labora durante el turno matutino y 80 médicos (49.1 %) han permanecido en su puesto laboral (como médicos familiares) por más de 15 años. Se encontró una prevalencia del Síndrome de Burnout del 42.3 % de la población en estudio, con al menos una de las tres dimensiones “quemadas”. Las cifras prevalente encontradas en cada una de las dimensiones corresponden al 16.0 % para la dimensión agotamiento emocional, el 84.7 % en la de baja realización personal en el trabajo y el 1.8 % en la de despersonalización. Ser soltero y tener estudios superiores o

inferiores al puesto son factores de riesgo para el desarrollo del síndrome. El 64.8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Los diferentes signos y/o síntomas que reportaron fueron agrupados resultado de todos ellos seis grupos: respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo-esqueléticas, neurológicas y psicológicas. Las más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20 %), seguidas por las respiratorias (19.2 %), las gastrointestinales (18.3 %) y las psicológicas (15.2 %) <sup>(10)</sup>.

### **3.3 Escala de percepción de estrés**

En 1983 Cohen, Kamark y Mermelstein elaboraron la Escala de Estrés Percibido para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. En México fue adaptado por González y Landero (2007). La versión utilizada consta de 14 ítems con puntuación de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invertiéndose la puntuación de los ítems: 4,5,6,7,9,10 y 13. El punto de corte fue igual o mayor a 27 en mujeres refiriendo altos niveles de estrés <sup>(11,12)</sup>. Población a la que va dirigida: Todas las edades a partir de los 18 años, aunque también puede utilizarse en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de su comprensión. Tiempo aproximado de aplicación: 8-10 minutos. Propiedades psicométricas: Fiabilidad: los resultados de los autores indican una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.83$ ) y se confirma una estructura monofactorial de la escala original, al utilizarse análisis factorial confirmatorio. Validez: El estrés (escala PSS), se correlaciona negativamente con apoyo social. ( $r= -.516$ ) y con autoestima ( $r= -.458$ ) y se correlaciona positivamente con síntomas psicósomáticos ( $r= .41$ ) <sup>(13,14)</sup>.

### **3.4 Protectores de estrés**

Se ha considerado algunos protectores de estrés laboral que, sin embargo, de no mantenerse en buen estado terminan siendo un estresor. Uno de ellos es el ambiente físico; parece no ser con la cantidad de recursos sino la calidad de los recursos lo importante, como contar con equipamiento funcional, óptimo y con un

sistema de mantención: sillas cómodas, camillas funcionales, colchones en buen estado. El apoyo tecnológico lo consideran un buen soporte para el control de la evolución del paciente y en el manejo del tratamiento, pero cuando falla se vuelve un estresor más <sup>(15,16)</sup>.

### **3.5 Satisfacción profesional y calidad de atención.**

La satisfacción profesional (se define como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias) laboral del sujeto ha sido tema de interés para los investigadores de servicios sanitarios desde hace 35 años. La importancia de este concepto reside, desde la óptica de la gestión de servicios sanitarios, en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y en su vinculación con la motivación. La implantación de un modelo de calidad total requiere, por tanto, conocer la satisfacción laboral de los trabajadores. Aunque en términos de calidad de servicios no está tan clara su relación directa con la calidad de la atención al cliente externo, sí parece claro que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos. El conocimiento de la satisfacción del profesional puede constituir un método en sí mismo que permita identificar problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados <sup>(17,18,19,20)</sup>.

### **3.6 Factores que influyen en la calidad de atención.**

Algunos autores han reconocido un deterioro reciente y progresivo en la calidad de la atención determinada por relación entre médico y paciente, y la han atribuido a algunos de los siguientes factores: a) una tendencia social al incremento en el consumismo, b) un aumento en el uso de la tecnología dentro de la medicina y c) una tendencia de la sociedad hacia la desprofesionalización. Algunas de las

características del médico que se asocian a una eficiente comunicación con el paciente son: su clase social, su ingreso económico y su percepción de la necesidad de los pacientes acerca de la intensidad de dicha comunicación. Las características de los pacientes que se han identificado como contribuyentes para una inadecuada comunicación con sus médicos son: el género, el nivel de educación, la clase social y el pronóstico de su enfermedad. Otro factor de posible influencia lo constituye la propia situación médica (por ejemplo, el número de pacientes que ve el médico durante sus sesiones de consulta) <sup>(21,22,23,24)</sup>.

### **3.7 Índice de referencia como indicador de calidad médica.**

Como parte del proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención médica, es necesario dar continuidad al procedimiento mediante el seguimiento de los avances logrados y la solución de los problemas identificados y la reingeniería de los procesos, en cuando a calidad, eficiencia y efectividad. La satisfacción de las expectativas del usuario dentro de la calidad de atención implica no solo la accesibilidad de los servicios y recursos, incluye la oportunidad de atención en otro nivel que permita la limitación al daño, Por lo tanto, la referencia del primero al segundo nivel de atención cae dentro de un indicador que nos permite evaluar el servicio otorgado por el médico de primer nivel <sup>(25)</sup>.

En el 2011 dentro del IMSS, el 7% del total de la consulta medido en un mes, era un adecuado indicador de referencia para segundo nivel; de 7.1 a 8.0 % es un indicador de alarma y mayor a 8.1 % marca un exceso de referencia. Dicha información se encuentra dentro del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) de cada Unidad de Medicina Familiar <sup>(26)</sup>.

Los envíos a segundo nivel por interconsulta secundario a “sospechas clínicas no fundamentadas”, permiten apreciar el desconocimiento y/o el estrés presente en el médico por liberarse de un paciente y no por resolver el problema base del paciente; esto, vuelve un círculo vicioso que no solo incrementa costos, sino que, no involucra

a la parte esencial que es la familia en el apego a tratamiento. Estos eventos estresantes, impactan dentro de la atención por el médico familiar permitiendo una mala praxis, no solo costos, sino impacto en los diagnósticos y tratamientos al usuario <sup>(27,28,29,30)</sup>.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Un día hábil de 2010 se otorgaron 455 mil 872 consultas de medicina familiar en todo el país; y un día típico en el IMSS Delegación Estado de México Oriente, las Unidades de Medicina Familiar de la jurisdicción; a través de los médicos familiares, proporcionan 35 mil 938 consultas externas, y 26 mil consultas fueron otorgadas por especialidades de hospital, lo que hace una relación de 1.3:1. Esto implica que a pesar de la mayor cantidad de personal de salud en el primer nivel, la proporción es equitativa, lo que hace suponer la mayor demanda de un segundo nivel de atención. Lo anterior tiene impacto no solo en la capacidad resolutive del médico familiar; sino también del costo que implica y sobre todo la saturación de dichos servicios. Este fenómeno puede ser estudiado por muchos factores y uno de ellos es el estrés.

El estrés es un problema de salud pública en todo el mundo debido a que afecta a toda la población, es decir, sin distinción de edad, sexo, raza o nivel socioeconómico. Se ha considerado que existe una relación entre el estrés psicosocial y los problemas en el trabajo, familiares y sociales, lo que repercute en las funciones básicas del organismo, alterando su equilibrio y ocasionando enfermedades agudas.

El médico tiene diferentes connotaciones laborales, académicas, personales que dependen del momento del ciclo vital en que se encuentra; por lo tanto, puede ser generador de crisis familiares. Los síntomas físicos, ansiedad, desorganización en relaciones laborales, familiares y sociales, que afectan en general: sentimientos, pensamiento, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico impactan en la vida diaria y sobre todo en las relaciones laborales. En este rubro laboral, el estrés podría generar poca resolución en los problemas médicos diarios, finalizando en envíos a otro nivel para su resolución. Sin embargo, también existe la presión

ejercida por los familiares y/o el paciente, para su envío, que es condicionante de estrés en el médico.

Ante esto surge la siguiente pregunta:

¿Existe el estrés en los Médicos con mayor índice de referencia a segundo nivel de la Unidad de Medicina Familiar No. 92?

## **5. JUSTIFICACIÓN.**

El estrés es un problema que está presente en un porcentaje importante de la población, su prevalencia internacional es de 48 % y en países como Chile un 27.7 % de la población adulta. Estudios en México se ha encontrado datos de crisis expresado por desgaste laboral en profesionistas en un 60 % y en Médicos Familiares en un 40 %. El impacto en la relación médico paciente se establece por quejas de los pacientes, mayor uso de métodos diagnósticos y mayor referencias a segundo nivel, por lo cual, los costos son elevados, impactando en la calidad de la atención.

Estos eventos estresantes son expresados por trastornos físicos y emocionales que afectan a la familia, pacientes, compañeros, etcétera. Impacta en la productividad, ausentismo e intención de abandonar el trabajo. La exposición crónica y los pocos recursos para superarla conllevan al Síndrome de Burnout. Esto genera un círculo en el cual el médico requiere apoyo para salir.

El estrés percibido por el médico es medible a través de la Escala de Percepción del Estrés, pero también existen indicadores que nos permiten conocer cuales médicos refieren con mayor incidencia, por lo cual, la detección es medible.

Este estudio se puede llevar a cabo dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 92, ya que se cuenta con los recursos tecnológicos y humanos para el mismo.

## **6. OBJETIVOS.**

### **6.1 Objetivo General:**

- Determinar la percepción de estrés en médicos con mayor índice de referencia a segundo nivel.

### **6.2 Objetivos específicos:**

- Enlistar la edad en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés, y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.
- Mencionar el género en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés, y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.
- Describir el estado civil en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés, y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.
- Enumerar los años de servicio en la consulta externa en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés, y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.
- Registrar el número de empleos en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés, y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.
- Describir la tipología familiar basado en su desarrollo en los médicos con percepción de estrés y mayor índice de referencia segundo nivel.

- Identificar la percepción de estrés en médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS.
- Seleccionar a los médicos con mayor índice de referencia a segundo nivel de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del IMSS.
- Describir la percepción de estrés en médicos con mayor índice de referencia a segundo nivel.

## **7. HIPÓTESIS.**

- Ha: El estrés percibido por los médicos se relaciona con mayor índice de referencia a segundo nivel cuando  $p < 0.05$ .
- Ho: El estrés percibido por los médicos no se relaciona con mayor índice de referencia a segundo nivel cuando  $p > 0.05$ .

## **8. METODOLOGÍA.**

### **8.1 Tipo de estudio.**

Este estudio fue observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

### **8.2 Población, lugar y tiempo de estudio.**

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 92, perteneciente a la Delegación Estado de México Oriente del IMSS ubicada en Av. Central esquina Santa Prisca, Colonia Laderas del Peñón, Ecatepec, Estado de México. Cuenta con 32 localidades de influencia. La unidad otorga servicios de primer nivel de atención con 32 consultorios en dos turnos (matutino y vespertino) donde los pacientes acuden bajo cita programada y de manera espontánea. Se cuenta con un servicio de registro de referencias que cuantifica día a día y por número de consultorio y nombre

del médico (SIAIS). El estudio se llevará en 6 meses del 01 de Febrero al 31 de Agosto de 2013.

### **8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra de estudio.**

La población estudio fueron los médicos de primer nivel de atención que cumplieron los criterios de inclusión. Se censó el 100% de los mismos, en una muestra no probabilística por conveniencia, siendo un total entre base y personal de sustitución (08 y 02) de 70 médicos.

### **8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.**

a) Criterios de inclusión:

- Médico general o familiar con algún tipo de contratación Base, Confianza, 02,08 que laboró en la Unidad de Medicina Familiar No. 92, Delegación Estado de México Oriente.
- Médico de base o sustitución que aceptó y firmó su consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión:

- Médico de base o sustitución que bajo contrato o decisión propia no cumplió un mes mínimo de actividad laboral en la consulta externa.
- Médico de base o sustitución que refirió tratamiento psiquiátrico y/o trastorno de la personalidad.

c) Criterios de eliminación:

- Médico de base o sustitución que no respondió en su totalidad el cuestionario.

- Médico de base o sustitución que solicitó retirarse voluntariamente de la investigación.
- Médico de base o sustitución que no cumplió un mes de seguimiento mínimo, debido a cambio de unidad, comisión, cambio a puesto de confianza, suspensión de sus actividades laborales.

## 8.5 Información a recolectar.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
<b>INDEPENDIENTE</b> Percepción de estrés	Situaciones de la vida que son auto valoradas como estresantes. Siendo estrés definido como un estado que ocurre cuando un individuo percibe las demandas de una situación que excede sus recursos.	Para este estudio se utilizó la Escala de Estrés Percibido. Siendo diagnosticado: ausencia de estrés, estrés leve, altos niveles de estrés.	Cualitativa	Ordinal	D= ausencia de estrés. 1-26= estrés leve Más 27= altos niveles de estrés
<b>DEPENDIENTE</b> Mayor índice de referencia	Es el indicador emitido por medidores de calidad en el primer nivel de atención que determinan un parámetro de referencia basado en el porcentaje del número de consultas entre el total de referencias.	Se considera como definición operativa el resultado obtenido de la siguiente fórmula por mes.  Número de referencias X 100 / No. de pacientes atendidos.	Cualitativa	Ordinal	Adecuado índice $\leq 7.0\%$ Mayor índice de referencia $\geq 7.1\%$
<b>Edad</b>	Período de vida en años desde el nacimiento.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativo	discreto	Años
<b>Género</b>	Estado Biopsicosocial que distingue a un hombre de una mujer.	Masculino: Hombre Femenino: Mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
<b>Estado Civil</b>	Situación conyugal civil que emite la sociedad.	Situación en que se encuentra respecto a su pareja: a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Unión Libre d) Separado (a) e) Viudo (a)	Cualitativa	Nominal	a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Unión Libre d) Separado (a) e) Viudo (a)
<b>Antigüedad en la consulta externa en el IMSS</b>	El número de años que ha acumulado dentro del servicio de Medicina familiar IMSS demostrable con último tarjetón de pago y que refleja los años de operativo.	Número de años en consulta externa como operativo.	Cuantitativa	discreto	Años
<b>Número de empleos</b>	Es la cantidad de empleos que cuenta el médico al momento del estudio.	Número total de empleos al momento del estudio.	Cuantitativo	discreto	-Uno -Dos -Tres -Cuatro -Más de cuatro

<b>Tipología Familiar por su desarrollo</b>	Se define como tipología familiar por su desarrollo: a la clasificación de quién de los integrantes de la familia provee el sustento económico de la misma, puede ser: la madre, el padre, madre-padre o toda la familia colabora.	Se definirá operativamente acorde a la Clasificación siguiente: <b>Moderna:</b> se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia. <b>Tradicional:</b> es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos. <b>Arcaica:</b> su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.	Cualitativa	Nominal	<b>Moderna:</b> se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia. <b>Tradicional</b> es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos. <b>Arcaica:</b> su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.
---	--	--	-------------	---------	--

### 8.6 Método o procedimiento para captar la información.

El investigador principal se encargó de realizar la visita personal por turno invitando a participar al estudio a cada médico operativo, tomando los criterios de inclusión, exclusión, y dando a firmar el consentimiento informado (anexo 1) y el llenado de la cédula de información (anexo 2), en caso de aceptar. Cada mes se realizó la visita a cada participante y se otorgó el Cuestionario de Percepción de Estrés (anexo 3), informándoles que respondieran a cada cuestionamiento, ubicándolo en cómo se percibieron en dicho mes, al finalizar los 6 meses de estudio se tomó un promedio para determinar un rango de percepción de estrés. Cada tercer día de inicio de mes, se realizó la visita al Sistema de Información de Atención Integral de Salud (SIAIS), para registrar al consultorio, turno y médico con mayor número de referencia a partir del indicador 7.1%, al término del estudio en aquellos que revasaron más de 3 meses se consideró de mayor referencia.

Una vez recopilados los cuestionarios, la información se procesó a través de una base de datos con el programa estadístico SPSS/PCV12 en Español; posteriormente se realizó la información estadística, tomando los siguientes parámetros estadísticos.

Variable	Medición Estadística
Cualitativas 1) Ordinal	Tablas y gráficos. Medición Estadística: Frecuencia porcentajes. Proporciones: Percepción de estrés, índice de referencia.
Cualitativas 1) Nominal	Tablas y gráficos. Medición estadística: Frecuencia porcentajes. Proporciones: Tipología familiar, estado civil, género
Cuantitativas 1) Discreta	Tablas y gráficos Medición estadística: medidas de tendencia Central. Desviación estándar, porcentajes: Edad, número de empleos
Variables de asociación 1) Variable dependiente 2) Variable independiente	Tablas y gráficos Medición estadística: Chi cuadrada. Con $p < 0.05$ se rechaza $H_0$ .

## 8.7 Consideraciones éticas.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17, Categoría “1” que dice: “investigación sin **riesgo menor al mínimo**, debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales; así mismo, la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52<sup>o</sup> Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.

## 9. RESULTADOS

### 9.1 Descripción de los resultados.

La población total fue de 74 médicos; de los cuales, solo se concluyó con 58 médicos, el restante 16 médicos fueron excluidos: 5 por cambios de adscripción, 4 por integrarse al área de confianza y 8 son médicos que constantemente cambian de unidad (personal 08), y no completaron los 6 meses de seguimiento.

Las características demográficas estudiadas en los médicos que aceptaron ingresar al protocolo fueron: edad, género, estado civil, años de servicio en consulta externa, número de empleos, su tipología familiar.

Las variables de estudio percepción de estrés y mayor índice de referencia, se correlacionaron a través de chi cuadrada.

El grupo de edad (tabla 1, Gráfico 1 y 2) predominante fue de 30 a 35 años con una frecuencia de 20 (34.4 %), seguida del grupo de 36 a 40 años con frecuencia de 13 (22.4 %). Ambos presentaron altos niveles de estrés, el primero un 34.4% y el segundo grupo un 18.9%, ambos grupos correlacionan altos índices de referencia (>7.1% de la consulta) 24.13% y 17.24% respectivamente. La media de edad fue de 42.2 años con una desviación estándar de más, menos 8.1.

En el rubro de género (tabla 2, Gráfico 3 y 4), el que predominó fue el femenino con 38 (65.5 %), este mismo grupo resultó con alto índice de percepción de estrés (65.5 %), y con mayor índice de referencia 37. Aunque ambos géneros permitirán observar altos índices de percepción de estrés: pero una diferencia muy marcada en mujeres con mayor índice de referencia (51.7 %)

Dentro del estado civil (tabla 3, Gráfico 5 y 6), la población estudio resultó el 100 por ciento casado; por lo tanto, no se cuenta con un dato fidedigno.

Los primeros diez años de servicio (60.9 %) dentro de la consulta externa, son los que más frecuencia tuvieron en relación a un alto grado de percepción de estrés con un 58.6 %; el índice de referencia a segundo nivel fue muy marcada en este mismo grupo con 27, equivalente al 46 % de la población (tabla 4, Gráfico 7 y 8).

El impacto de tener dos o más empleos, no presentó datos que sustenten percepción de estrés y mayor índice de referencia, como lo refiere la tabla 5 (Gráfico 9, 10); sin embargo, si se observa que el tener un empleo incrementa el riesgo de alto grado de percepción de estrés (70 %; n=58), y aumenta el riesgo de mayor índice de referencia (86.8 % n=38).

La tipología familiar que implica determinar si el estrés es originado en la familia por la necesidad económica de un solo proveedor, no expresa mucho (tabla 6, Gráfica 11 y 12); tanto en la moderna (ambos cónyuges trabajan) como en la tradicional (un solo cónyuge labora), la percepción de estrés se encuentra casi equivalente. El índice de referencia menor al 7.1 %, se observa que en la tipología familiar moderna es equitativo (58 %; n=29), comparado a mayor del 7.1 %; sin embargo, en la familia tradicional se observa marcadamente como se incrementa el indicador de mayor referencia (68 %; n=38).

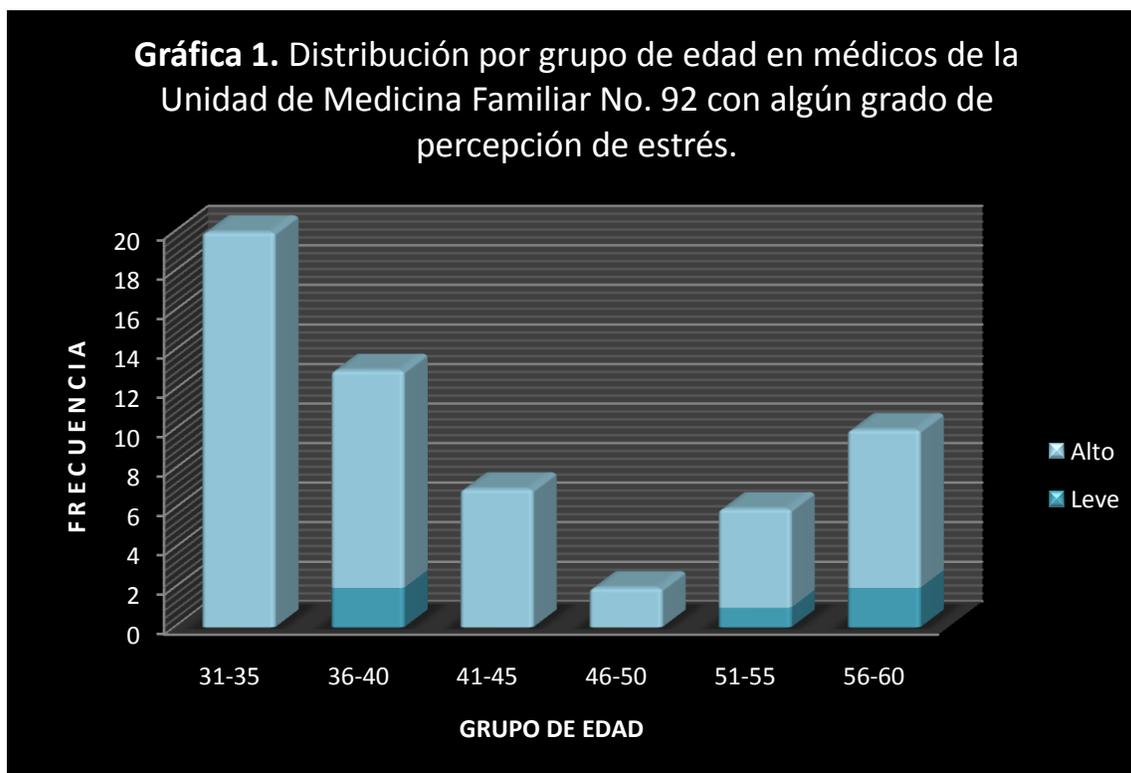
La relación de variables independiente y dependiente a través de una tabla 2x2, nos permite observar que existe relación entre un grado alto de percepción de estrés y mayor índice de referencia (97.3 %; n=38). Sin embargo, la relación existente entre el grado de percepción leve y menor índice de referencia (menor a 7.1 %) es mínimo, tomando la muestra de la población total (6.8 %; n=58), pero mayor comparado con el total de este rubro (80%; n=5). Su asociación a través del programa SPSS de Chi-cuadrada requirió del Estadístico exacto de Fisher (ya que no se completó en todos los cuadrantes resultados mayores a 5), obteniendo una Probabilidad (p) de 0.003, lo que rechaza nuestra Hipótesis nula (Ho), aceptando de esta manera la Hipótesis alterna (Ha). Justificando que el estrés percibido por los médicos se relaciona con mayor índice de referencia a segundo nivel ( $p < 0.05$ ) (Tabla 8)

## 9.2 Tablas (cuadros) y gráficas.

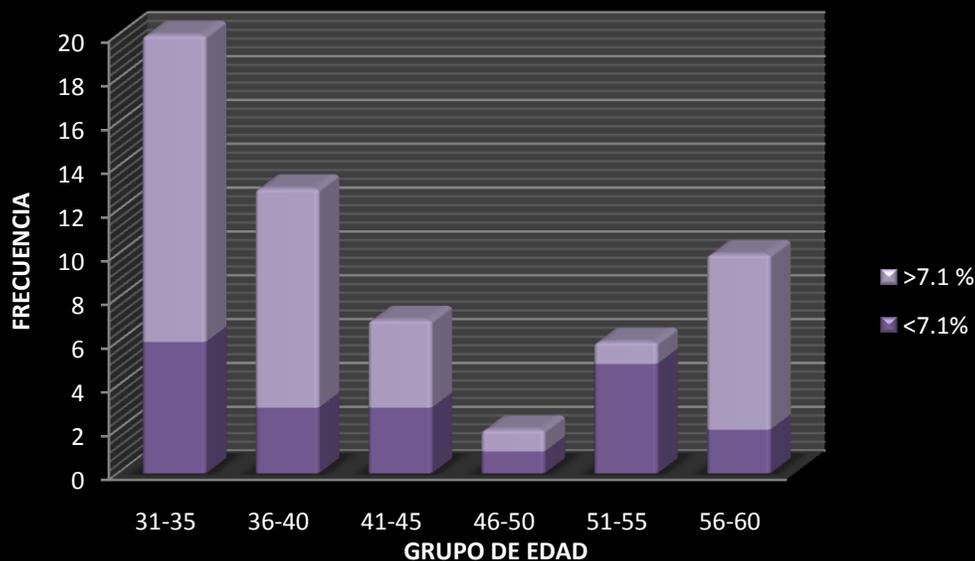
**TABLA 1.** Distribución por grupo de edad en médicos de la unidad de Medicina Familiar No. 92 con algún grado de percepción de estrés y con mayor grado de referencia a segundo nivel.

	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1%
31-35	20	34.4		20	14	6
36-40	13	22.5	2	11	10	3
41-45	7	12		7	4	3
46-50	2	3.5		2	1	1
51-55	6	10.5	1	5	1	5
56-60	10	17	2	8	8	2
<b>Total</b>	58	100	5	53	38	20
<b>Media 42.2 años</b>	<b>D.E 42.2 +- 8.1</b>					
<b>Fuente:</b>	Cédula de Identificación					
	Escala de Percepción de Estrés					
	Indicador SIAIS					

**Gráfica 1.** Distribución por grupo de edad en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 con algún grado de percepción de estrés.



**Gráfica 2.** Distribución por grupo de edad en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 con mayor grado de referencia a segundo nivel.

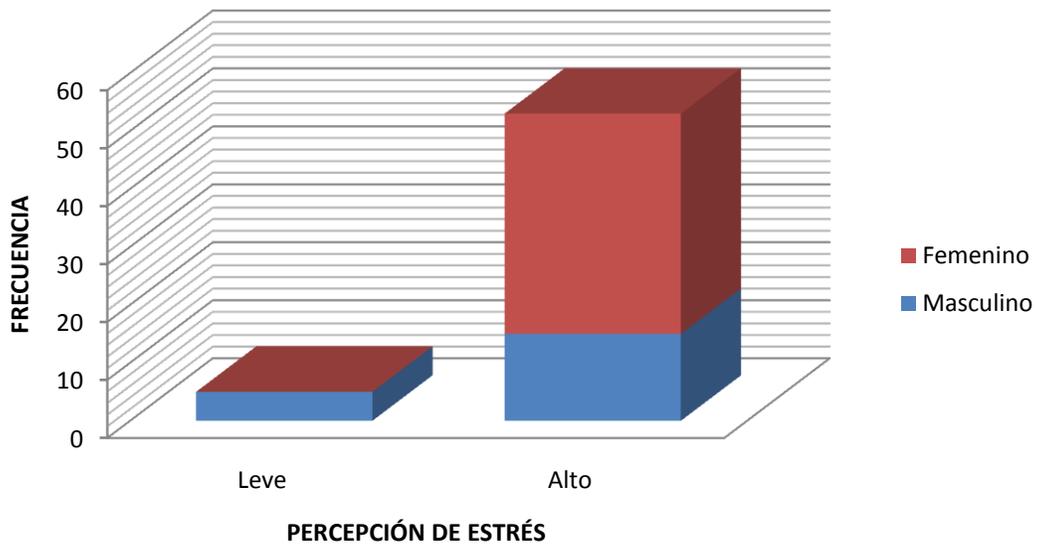


**TABLA 2.** Distribución por género en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 con algún grado de percepción de estrés y con mayor grado de referencia a segundo nivel.

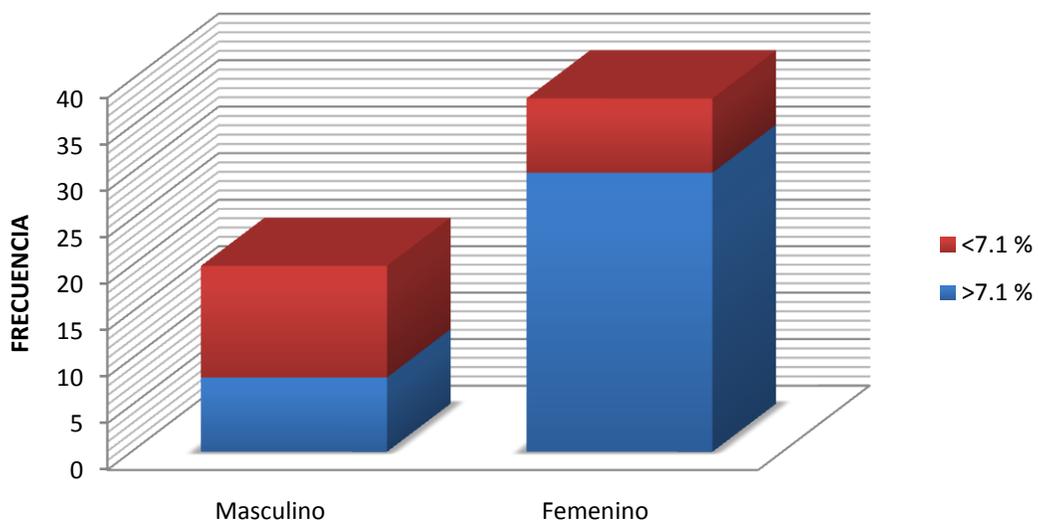
	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1 %
Masculino	20	34.5	5	15	8	12
Femenino	38	65.5	0	38	30	8
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>20</b>

Fuente: Cédula de Identificación  
Escala de Percepción de Estrés  
Indicador SIAIS

**Gráfica 3.** Distribución por género en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 con algún grado de percepción de estrés.



**Gráfico 4.** Distriución por género en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 con mayor grado de referencia a segundo nivel



**Tabla 3. Distribución del estado civil en los médicos de la Unidad de Medicina familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

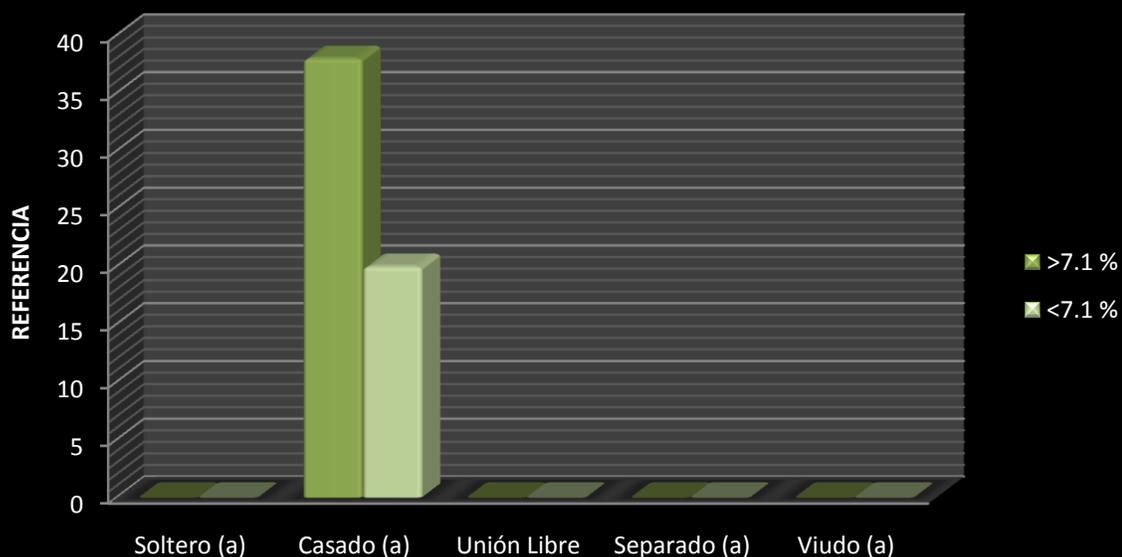
	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1 %
<b>Soltero (a)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Casado (a)</b>	58	100.0	5	53	38	20
<b>Unión Libre</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Separado (a)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Viudo (a)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	58	100.0	5	53	38	20

**Fuente:** Cédula de Identificación  
Escala de Percepción de Estrés  
Indicador SIAIS

**Gráfico 5. Distribución del estado civil en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés.**



**Gráfico 6. Distribución del estado civil en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

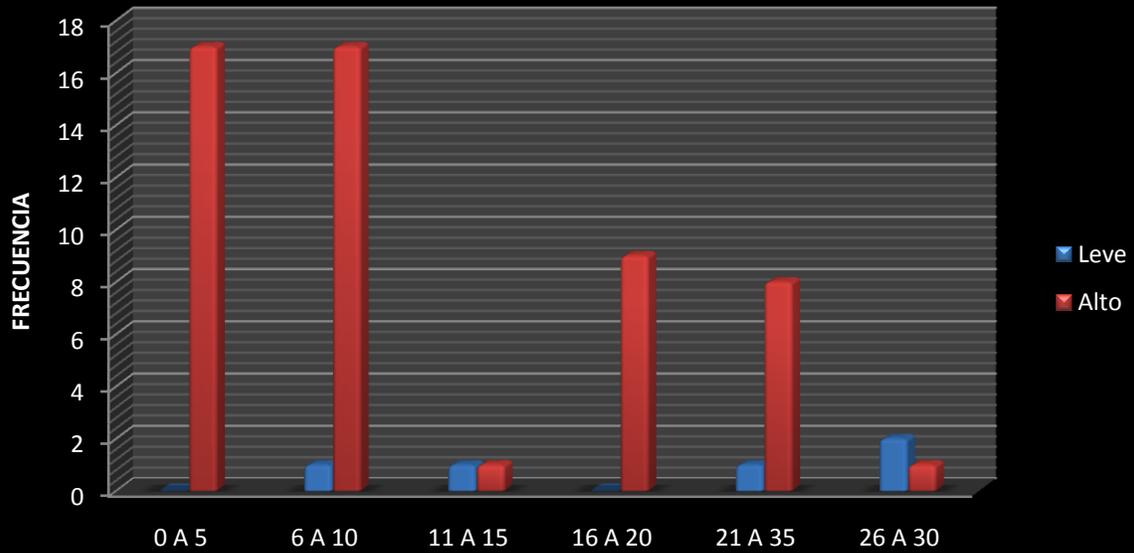


**Tabla 4. Distribución de los años de servicio en la consulta externa en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

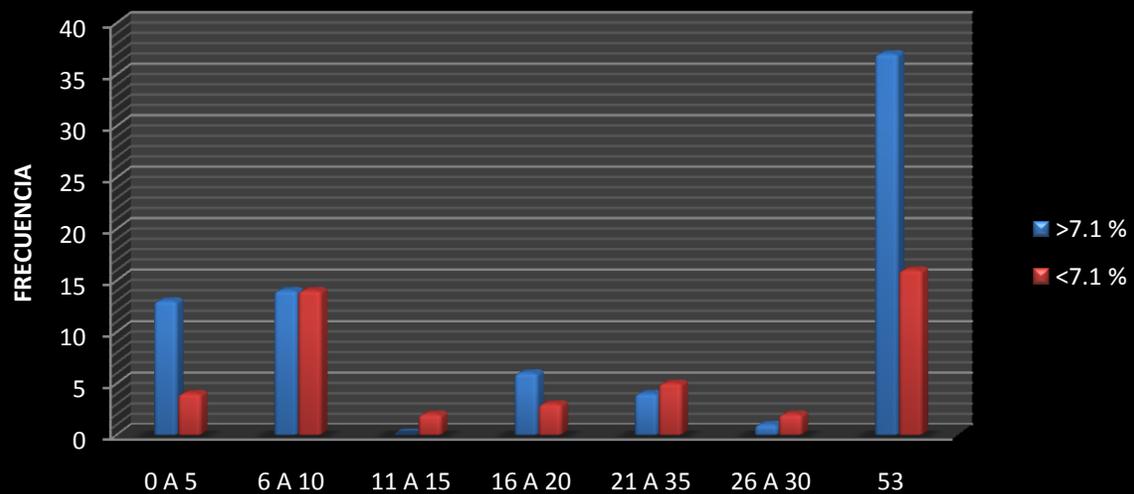
Años de servicio	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1 %
0 A 5	17	29.5	0	17	13	4
6 A 10	18	31.1	1	17	14	14
11 A 15	2	3.4	1	1	0	2
16 A 20	9	15.5	0	9	6	3
21 A 35	9	15.5	1	8	4	5
26 A 30	3	5.0	2	1	1	2
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>37</b>	<b>16</b>

**Fuente:** Cédula de identificación.  
Escala de Percepción de Estrés  
Indicador SIAIS

**Gráfica 7. Distribución de los años de servicio en la consulta externa en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés**



**Gráfica 8. Distribución de los años de servicio en la consulta externa en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

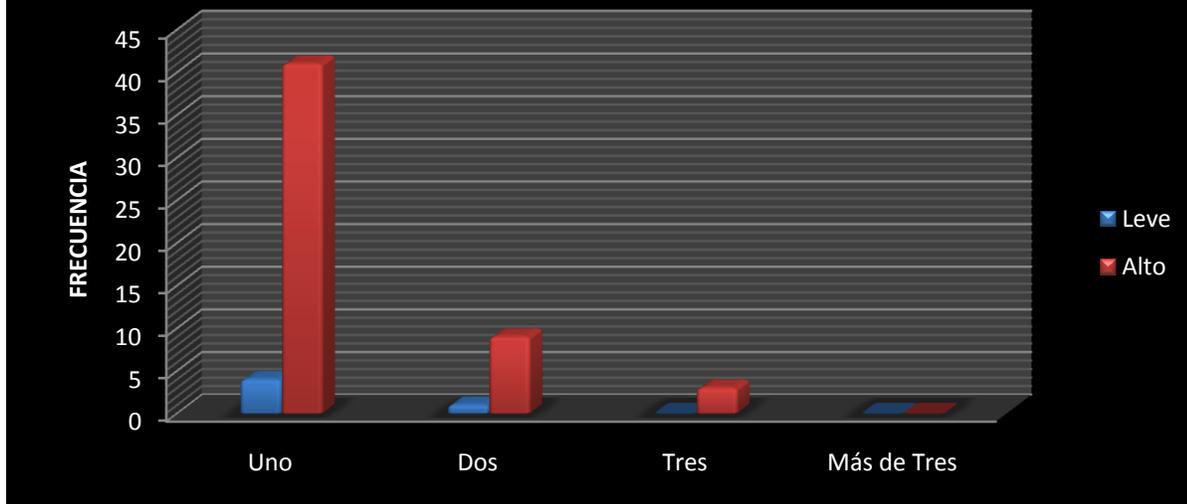


**Tabla 5. Distribución del número de empleos en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

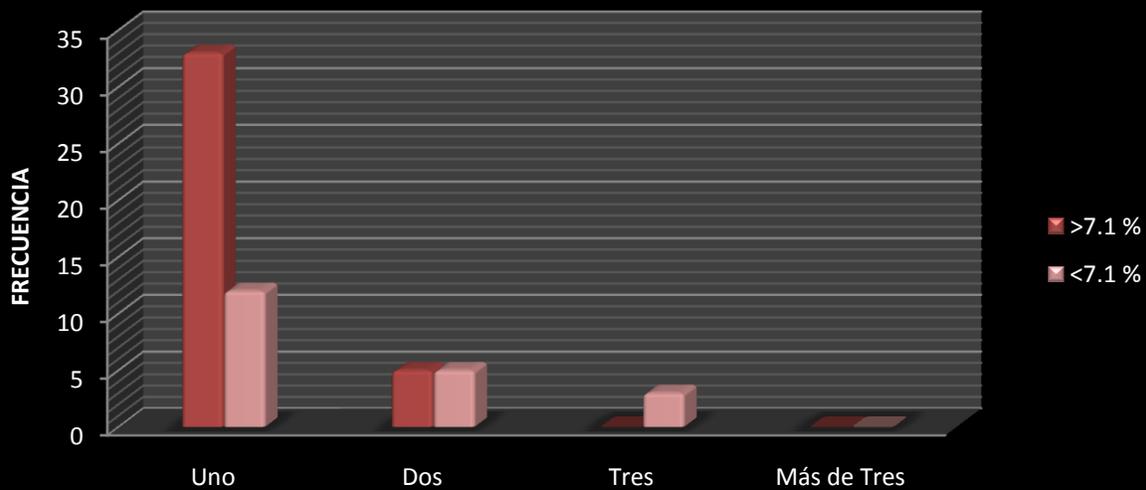
No. de empleos	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1 %
Uno	45	77.5	4	41	33	12
Dos	10	17.3	1	9	5	5
Tres	3	5.2	0	3	0	3
Más de Tres	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>20</b>

Fuente: Cédula de identificación  
Escala de Percepción de Estrés  
Indicador SIAIS

**Gráfica 9. Distribución del número de empleos en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés.**



**Gráfica 10. Distribución del número de empleos en los médicos de la unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

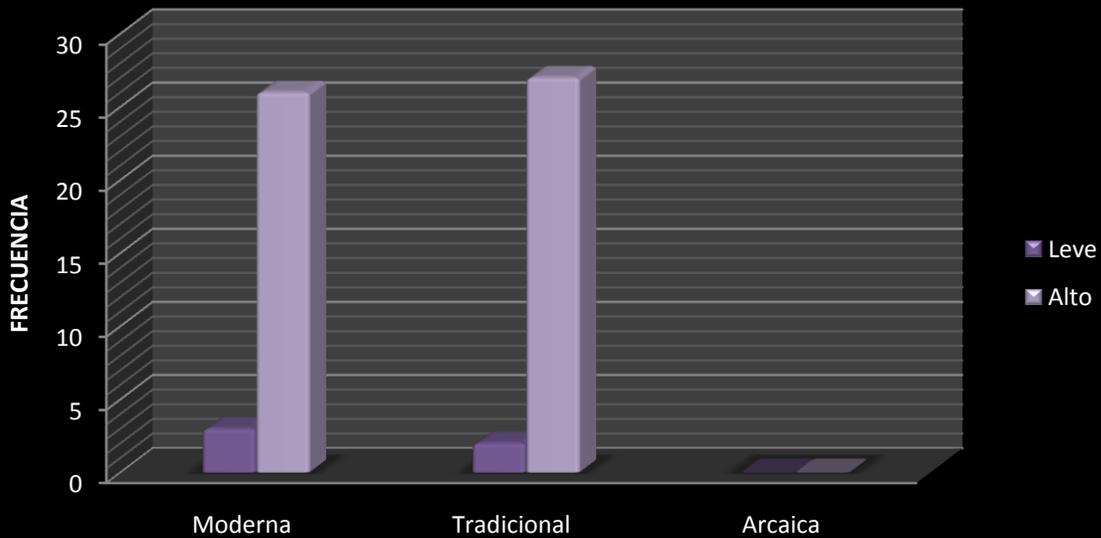


**Tabla 6. Distribución de la tipología familiar basado en su desarrollo en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés y con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**

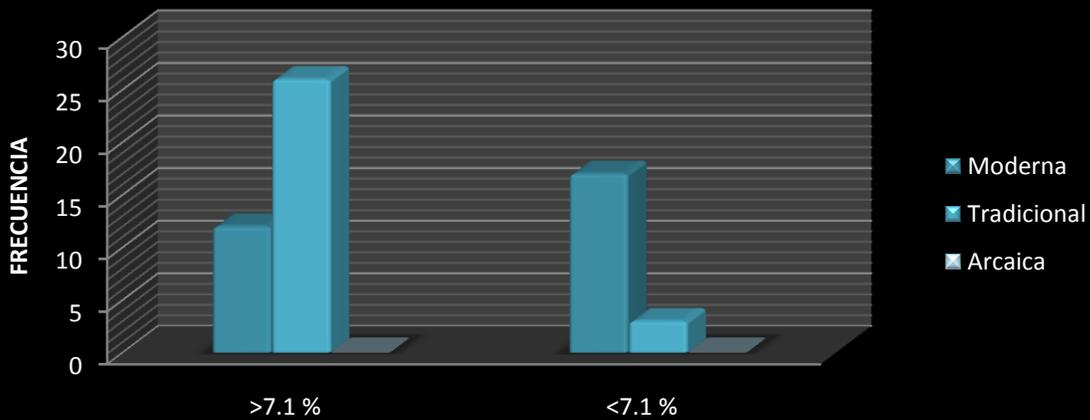
Tipología Familiar	F	%	Leve	Alto	>7.1 %	<7.1 %
Moderna	29	50.0	3	26	12	17
Tradicional	29	50.0	2	27	26	3
Arcaica	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		100.0	5	53	38	20

**Fuente:** Cédula de identificación  
Escala de Percepción de Estrés  
Indicador SIAIS

**Gráfica 11. Distribución de la tipología familiar, basado en su desarrollo en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin percepción de estrés.**



**Gráfica 12. Distribución de la tipología familiar basado en su desarrollo en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del IMSS, con o sin mayor índice de referencia a segundo nivel.**



**Tabla 7. Relación de las variables dependientes e independientes en Chi cuadrada.**

<b>Grado de Percepción de Estrés</b>	<b>Mayor índice de referencia</b>		<b>Total</b>
	<b>&gt;7.1 %</b>	<b>&lt;7.1 %</b>	
<b>Leve</b>	1	4	5
<b>Alta</b>	37	16	53
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>58</b>
	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)	
<b>Estadístico exacto de Fisher</b>	<b>0.003</b>	<b>0.003</b>	
<b>Fuente: Programa SPSS</b>			

## 10. DISCUSIÓN:

Este estudio por sus características y el tamaño de la población estudio, no puede considerarse como absoluto, ya que deberá confirmarse con otros estudios y escenarios diferentes.

El estudio por López y colaboradores (2007) <sup>(8)</sup>, que demostró como variable el cansancio emocional alto tenía asociación significativamente con el área física inadecuada, con carga laboral, con falta de estímulos laborales; comparado con nuestro estudio demuestra lo contrario, ya que el contar con un empleo incrementó el grado de estrés, así como no hubo diferencia estadística que corroborara estrés con dos o más trabajo, lo mismo en familiar donde ambos cónyuges laboran y son sustento de la familia.

El estudio por Hernández y colaboradores (2003) <sup>(9)</sup>, en Cuba, donde se evaluó el desgaste en médicos, demostró que el sexo en el que predominó fue en las mujeres. Siendo en nuestro estudio muy notoria esta misma propuesta y que además se corrobora con mayor índice de referencia.

En México, un estudio casi similar a este, en el IMSS de Guadalajara, realizado por Aranda y colaboradores (2005) <sup>(10)</sup>. Encontró que la edad promedio fue de 47 años, en nuestro estudio la edad promedio fue de 42.2 años, lo que nos dice que la población médica se encuentra en la cuarta década de la vida, aún población joven adulta.

El estado civil en este estudio demostró que la mayoría estaba casada (77.3), nuestro estudio presentó que el cien por ciento lo está. En años de servicio a la consulta externa el estudio de Aranda expresó que los que tienen un desgaste laboral contaban con más de 10 años, nuestro estudio demostró que desde antes de 10 años cuentan con algún grado de percepción de estrés y por ende con mayor índice de referencia.

## 11. CONCLUSIONES:

Como podemos observar este estudio demuestra la relación que existe entre la percepción de estrés y mayor índice de referencia, las variables estudio que pudieron influir y que se corroboró con otros estudios, fueron la edad, el género, los años de servicio; que puede llegar a un desgaste laboral y que se presenta en la primera década laboral.

Sin embargo, faltaron variables que pudieron haber influido en los resultados, por ejemplo: la percepción del área física, la carga laboral y el estímulo laboral (económico o en especie). También no se contó con estudios que hablaran acerca de la derivación de pacientes de primero a segundo nivel. Aunque se contó con los registros dentro de la unidad, no fue posible compararlos con otros estudios y otras unidades, por lo que se sugiere en otros estudios relacionados, estudios multicéntrico con mayor población estudio.

La importancia de contar con este tipo de estudios, es elaborar un programa que disminuya el estrés en el personal de salud, que le permita desarrollarse en su actividad laboral y no sentirse estresado, ya que no le permite desenvolverse en su quehacer diario, incrementando el riesgo a la salud (Síndrome de Bournot), y elevando los costos de salud por la falta de respuesta en su quehacer cotidiano.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. De Dios DMJ, Barron LA, Arias AA, Braschi DL. Estrés y enfermedad de Crohn: Diferencias entre enfermos de Crohn con brote, sin brote y personas sanas. *Ansiedad y Estrés*. 2012, 18 (23): 167-176.
2. Maruris RM, Cortés GP, Gómez BLG, Godínez JF. Niveles de estrés en una población del sur de México. *Psicología y Salud*. 2011; 21 (2): 239-244.
3. Alonso CBA, Palucci MMH, Alonso CMM, Guzmán FFR, Gómez MMV. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; (16): 509-515.
4. Serrano RMA, Moya AL, Salvador A. Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endócrinos. *Anal Psicología*. 2009; 25 (1): 150-159.
5. Cano VA. Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Strés*. 2011; 17 (1): 75-97.
6. Bethelmy RL, Guarino L. Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Rev. Colombiana Psico*. 2008; 1 (17): 43-58.
7. Peña CC, Ramírez MJ, Castro VF. Infarto agudo de miocardio por estrés laboral. *Med. Leg. Costa Rica*. 2012; 29 (2): 111-119.
8. López LE, Rodríguez MJR, López CJM, Peralta PML, Munguía MC. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2007; 45 (1): 13-19.
9. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2003; 9 (2)\_ 103-110.

10. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJG, Torres LTM, Aldrete RMG, Pérez RMB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2005; 31 (2): 7-14.
11. Cohen S. Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the U.S. En\_ Spacapam S, Oskamp S, editors. *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1988: 31-67
12. Peralta RMI, Robles OH, Navarrete NN; Jiménez AJ. Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Ment*. 2009; 32 (3): 251-58.
13. González RMT, Landero HR. Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from México. *The Spanish journal of Psychology*. 2007; 10 (1): 199-206.
14. Juárez GDM, Landero HR. Psicosocial y salud en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST*. 2009; 6 (2): 79-88
15. Astudillo DPR, Alarcón MAM, Lema GML. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2009; 15 (3)\_ 111-122.
16. Bernabé CM, Aragón GMM, Terol CMC, Quiles SMJ, Perona CV. Análisis de algunos elementos de bienestar laboral en los médicos de los servicios de urgencias hospitalario, entre la ilusión y el agotamiento. *Ansiedad y Estrés*. 2011; 17 (2-3): 221-231.
17. Grases G, Sánchez CC, Rigo E, Adrover RD. Relación entre el humor positivo y la ansiedad rasgo y estado. *Ansiedad y Estrés*. 2012; 18 (1): 79-90

18. Urquiza R. Satisfacción laboral y calidad del servicio de salud. Rev. Med. La Paz. 2012; 18 (2): 65-69.
19. Pérez CI, Guillén GF, Brugos A, Aguinaga OI. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. NaSistSanitNavar. 2013; 36 (2): 253-262.
20. Rossi GG, Cagnoni A, Giser EL, Luciano E, Cortés LA, Lerosé C, et al. Encuesta sobre satisfacción laboral de los médicos de un hospital público. IntraMedJournal (revista en Internet). 2013 (acceso el 27 de noviembre 2014); 2(1): 1-14. Disponible en: [http://journal.intramed.net/index.pehp/Intramed\\_Journal/article/view/207/77](http://journal.intramed.net/index.pehp/Intramed_Journal/article/view/207/77).
21. Núñez RAC, Tobón S, Arias HD, Hidalgo RCA, Santoyo TF, Hidalgo SMA. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología. 2010; (13): 11-32.
22. González MLE, Gallardo DEG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria [revista en línea]. 2012 [acceso el 24 abril 2013]; 13 (8):1-15. Disponible en Internet: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81#a>.
23. D'empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta bioeth.2010; 16 (2): 124-132.
24. López GA, Valdez ME, Goycochea RMV, Bedolla M. Una mirada a la calidad de la atención médica a través de la satisfacción del paciente y del profesional de la salud. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2009; 47 (6): 603-610.
25. Flores SG. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. Acta Med. Costarric. 2012; 54 (3): 181-188.
26. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual metodológico de indicadores médicos, Marzo 2011. México: IMSS; 2011.

27. Quimbert MR, Mejía SH. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. *Rev. Bol Ped.* 2013; 52 (1): 8-12.
28. Linaldi YF, Hernández CL, Apresa GT, Hernández HDM, Martínez TJ. Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2010; 48 (3): 241-252.
29. Hernando OL, Hinojosa MBC, González SE, González GI, Arana RJ, Muñoz MMF. Rentabilidad de un hospital de día; análisis de actividad, costo y eficacia. *Gac. Sanit.* 2012; 26 (4): 360-365.
30. Van DSP, De Vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008; 34 (4): 1-3.

## ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.92.  
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

### ANEXO 1 "CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO"

**Nombre del Estudio:** Percepción de estrés en médicos de primer nivel con mayor índice de referencia

**Ecatepec de Morelos, Estado de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**  
**Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1401**

**No. De registro:** \_\_\_\_\_

Este estudio tiene como **objetivo** Determinar la percepción de estrés en médicos con mayor índice de referencia a segundo nivel. Su **importancia** radica en la detección oportuna de estrés en los médicos con mayor índice de referencia, los resultados nos permitirá conocer si el estrés es causal de mayor referencia.

El **procedimiento** por el cual se obtendrá su información en caso de aceptar será a través de una entrevista y el requisitado de la Escala de Percepción de estrés.

La entrevista, así como, la aplicación de no generará ningún riesgo a su salud (**riesgo menor al mínimo de acuerdo a la ley general de salud**); por lo tanto, usted tendrá como **beneficio** el conocer si a contando con estrés, también este estudio no afectara su situación laboral, ya que los resultados no se difundirán a ninguna autoridad laboral, solamente será de apoyo académico. Así como, conserva su derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, considerando sus datos **bajo estricta privacidad y confidencialidad**,

**En caso de Duda o Aclaraciones podrá dirigirse a:**

**Investigador responsable:** Dr. Jorge Mayagoitia Hernández/ Médico de Base adscrita a la UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456.

**Colaborador:** Raúl Velázquez Vargas / Prof. Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Av. Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos. Colonia Doctores México, D.F., C.P 06720. Tel. (55) 56 27 69 00, ext. 21230, correo electrónico: [comisión.ética@imss.gob.mx](mailto:comisión.ética@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**

\_\_\_\_\_  
Dr. Jorge Mayagoitia Hernández  
**Investigador principal.**

**Testigo 1**

**Testigo 2**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**



GONZÁLEZ AND LANDERO

## **Anexos**

**Adaptation of the PSS (14 items) for Mexico (in Spanish)**

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el <i>último</i> mes.  <i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4