



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DR. ERNESTO RAMOS BOURS

TESIS

DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL DEL MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA CON Y SIN MODIFICACIONES AL CLIMA EDUCACIONAL

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

Graciela Dennisse Rentería Barragán

Tutor principal de tesis: Dr. Luis Fernando Rentería Barragán

Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Sonora

Codirector de tesis: Dr. Salvador Terán Rivera

Hospital General del Estado de Sonora

Comité tutor:

Psic. Diana Suzette Albelais Ruiz

Universidad de Sonora

Biol. Nohelia Guadalupe Pacheco Hoyos

Universidad de Sonora

Hospital General del Estado de Sonora

Hermosillo Sonora, Julio de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

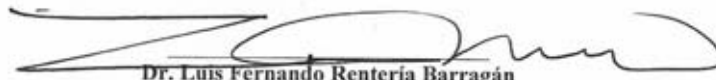
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL CÓMITE DIRECTIVO DE TESIS

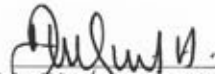
Los presentes han revisado el trabajo del médico residente de tercer año Graciela Dennisse Rentería Barragán y lo encuentran adecuado para continuar con su proceso de titulación para obtener su grado de médico especialista en Anestesiología.



Dr. Luis Fernando Rentería Barragán
Tutor principal
Supremo Tribunal de Justicia Del Estado de Sonora



Dr. Salvador Terán Rivera
Codirector de tesis
Hospital General del Estado



Psic. Diana Suzette Albelais Ruiz
Miembro del comité tutorial
Universidad de Sonora



Biol. Nohelia G. Pacheco Hoyos
Miembro del comité tutorial
Departamento de Investigaciones Científicas y Tecnológicas Universidad de Sonora
Hospital General del Estado de Sonora



Hospital General del Estado
"Dr. Ernesto Ramos Bours"
División de Enseñanza e Investigación
No. de Oficio: SSS/HGE/EM/643/16
Hermosillo, Sonora a 25 de julio de 2016

2016: "Año del Diálogo y la Reconstrucción"

OFICIO DE LIBERACIÓN DE TESIS

La división de enseñanza e Investigación del Hospital General del Estado de Sonora hace constar que realizó la revisión del trabajo de tesis del médico residente: *Rentería Barragán Graciela Denisse*; cuyo título es:

DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL DEL MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA CON Y SIN MODIFICACIONES AL CLIMA EDUCACIONAL

Se considera que la tesis reúne los requisitos solicitados por la Universidad Nacional Autónoma de México y se acepta para ser presentada en el examen de grado.

**ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN.
EL SUBJEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN**


DR. ELEAZAR VALLE ARMENTA

C.p. Archivo
NGPH



Hospital General
del Estado
Dr. Ernesto Ramos Bours

Unidos logramos más

Bvld. Luis Encinas Johnson S/N Colonia Centro
Tels. (662) 2592501, 2592505
Hermosillo, Sonora / www.saludsonora.gob.mx



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el respaldo académico y el honor que nos concede;

A la Secretaría de Salud del Estado de Sonora por proveer el espacio y los recursos para nuestra especialización;

Al Hospital General del Estado de Sonora por acogernos y habernos regalado un segundo hogar;

A mis directores de tesis por su implacable soporte y;

A mis muy amados compañeros de especialidad por su apoyo, paciencia y cooperación siempre.

DEDICATORIA

A Dios, por sus tiempos justos.

A mi mamá, por acompañarme cada madrugada y recibirme en casa cada llegada.

A mi papá, por su absoluta confianza y su incondicional consentimiento.

A Luis, por caminar delante de mí para cuidar mi camino.

A Francisco, por haber sido mi inspiración.

When you think you've had enough, don't ever give up.

**You can see the change you wanted; be what you want to be and you get a head...
a head full of dreams.**

Coldplay

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	11
1.1 Situación actual de las residencias médicas en México	11
1.2 Principio de respeto y garantía de derechos humanos	14
1.3 Planteamiento del problema	17
1.4 Justificación	18
1.5 Objetivos	22
CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS	23
2.1 Diseño del estudio	23
2.1.1 Periodo de estudio	23
2.1.2 Tamaño de muestra	23
2.2 Criterios de selección	23
2.3.1 Recursos empleados	24
2.4 Descripción de variables	24
2.5 Descripción general del estudio	26
2.6 Análisis estadístico	28
2.7 Aspectos éticos	29
2.8 Resultados	30
2.9 Discusión	33
2.10 Conclusiones	37
Literatura citada	39
Anexos	41

RESUMEN

Actualmente, la residencia médica constituye, al menos en México, el único camino para la transición de médico general a médico especializado más no por ello se trata del método idóneo para dicha finalidad. El clima educacional (CE) habla de la interrelación entre el profesional en etapa de entrenamiento y los diferentes actores del equipo de salud, así como de las características institucionales en donde se desenvuelve el residente. Existe claramente un interés por egresar médicos especialistas académicamente aptos, pero nos encontramos ante un sistema nulificador de los intereses emocionales de los médicos residentes. Paralelo al derecho de acceso a la salud, en este trabajo de investigación se exponen dos derechos que precisan ser ponderados con aquél e, incluso, aparentemente aparecen en conflicto con él: el derecho de acceso a la educación y el derecho a la salud física y mental. **Objetivo:** Evaluar el desarrollo profesional y personal del médico residente de anestesiología en el Hospital General del Estado con y sin modificaciones al clima educacional. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal en dos fases de 60 días cada una durante las cuales se evaluó semanalmente el aprovechamiento académico basado en el PUEM y al final de cada fase se midió ansiedad, depresión y estrés por medio de las escalas de Hamilton, síndrome de desgaste profesional mediante el MBI y se valoró el clima educacional por medio del PHEEM. **Resultados:** Se encontró un mejor aprovechamiento académico durante la fase 2 en la que se hicieron modificaciones al CE. Se evidenció la presencia de ansiedad, depresión, estrés y una mejoría de los mismos al final de la segunda fase con significancia estadística ($p=0.001$). **Conclusiones:** Modificando el CE mejora el aprovechamiento académico y la situación emocional del residente y seguramente también su desempeño como prestador de servicios de salud.

ABSTRACT

Currently, medical residency is, at least in Mexico, the only way for the transition from general practitioner to specialist medical but it is not the best way for this purpose. The educational environment (EE) is about the relationship between the professional training stage and the different actors of the health team and institutional characteristics where the resident operates. There is clearly an interest in graduating academically qualified medical specialists, but we have a system nullifying the emotional interests of medical residents. Parallel to the right of access to health, this research shows two rights that need to be weighted with that and even apparently appear in conflict with and they are as follows: the right of access to education and the right to physical and mental health. **Objective:** To evaluate the professional and personal growth of anesthesiology resident at the General Hospital of Sonora with and without modifications to the EE. **Methods:** A prospective longitudinal study was conducted in two phases of 60 days. During which assessed weekly academic achievement based on the PUEM and at the end of each stage, anxiety, depression and stress was measured by means of scales Hamilton, burnout syndrome by MBI and educational environment was assessed by the PHEEM. **Results:** Improved academic achievement was found during phase 2 in which modifications to the EE were made. The presence of anxiety, depression, and stress improving them at the end of the second phase where statistical significance ($p = 0.001$) was evident. **Conclusions:** Changing the EE improves academic achievement and emotional situation of a resident and probably also its performance as a provider of health services.

DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL DEL MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA CON Y SIN MODIFICACIONES AL CLIMA EDUCACIONAL

INTRODUCCIÓN

Haciendo un poco de historia, tal como lo menciona el Dr. Silberman¹, en el siglo IX surge en Salerno, Italia, un instituto de enseñanza superior cuya fama se extendió por todo Europa y modificó el nivel de las universidades. Para 1511, Enrique VIII, rey de Inglaterra, estableció un Consejo de Certificación que funcionó durante 300 años. En el siglo XIX, en los Estados Unidos aparecieron numerosas escuelas privadas de Medicina a la vez que se crearon en Europa las primeras sociedades científicas y empezaron a surgir las "especialidades médicas". Fue William Steward Halsted quien, después de conocer en Alemania el particular entrenamiento quirúrgico de los médicos jóvenes, inició las "residencias" cuando fue nombrado jefe de Cirugía en el Hospital Johns Hopkins, de Baltimore en 1889, denominándolas así porque los médicos "residían" en el hospital. Pero, hacia el año 1910 fue tanto el auge y el aumento de médicos egresados de posgrados que la calidad de la atención y de los conocimientos decayó. Fue por eso que la Fundación Carnegie solicitó al Senado, particularmente a Abraham Flexner, un estudio de la situación de la calidad médica. En el "Informe Flexner" puso de manifiesto que el problema de la educación médica no era sólo un problema de la medicina sino de la educación en su conjunto. Luego de ese informe, se cerraron 155 escuelas de Medicina, quedando

¹Silberman F. (2010). Educación médica de Posgrado. Residencias médicas. Revista de la Asociación Argentina de traumatología y Ortopedia. 75, 88-96.

habilitadas solo 31 escuelas en ese país. En 1917 los oftalmólogos crearon el “Examinations Board”, que fue rápidamente imitado por las otras especialidades. En 1934 se forma el American Board of Medical Specialities (ABMS), que a través de sus juntas de evaluación de la especialidad certifica que el aspirante ha demostrado tener un proceso de formación profesional acreditado (residencia) y poseer conocimientos, habilidades y destrezas técnicas que permiten garantizar a la población la calidad de atención médica que define a un profesional responsable.

Vale la pena resaltar que, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Ortopedia (AAOS) del año 2001, Michael A. Simon tituló su discurso presidencial "La educación de los futuros ortopedistas: Déjà vu" y explicó que eligió ese título para recordar el que había pronunciado Enneking en 1984 como presidente de la Asociación Americana de Ortopedia. Ambos educadores insistieron en que el residente debía ser un estudiante y no un empleado y que debía diferenciarse entre "educación y entrenamiento". También hicieron alusión a una sentencia del ortopedista Howard Hatcher, padrino de Enneking, que decía: "Se entrenan perros y se educan hombres". Es importante analizar el estado crítico de la enseñanza médica de posgrado y los factores que afectan su propósito. El ámbito de formación de posgrado, a diferencia del de grado, no tiene propietario único y pertenece por igual a la autoridad sanitaria, a la universidad y a las sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas.

MARCO TEÓRICO

Situación actual de las residencias médicas en México

Actualmente, la residencia médica constituye, al menos en México, el único camino para la transición de médico general a médico especializado más no por ello se trata del método idóneo para dicha finalidad. Muy relacionado con esto tenemos el concepto de clima educacional², que habla de la interrelación entre el profesional en etapa de entrenamiento y los diferentes actores del equipo de salud, así como de las características institucionales en donde se desenvuelve el residente.

En México, las residencias médicas se consolidaron y formalizaron por el año de 1942 y desde entonces se ha buscado perfeccionar solamente dos aspectos, primeramente, el desarrollo de un plan de estudios que unifique académicamente a los especialistas egresados y, en segundo lugar, los métodos de selección de aspirantes a la especialización con el fin de evitar la sobrepoblación de especialistas.

Hoy por hoy, el médico general que aspira a una especialización debe presentar un examen nacional compitiendo con más de treinta mil aspirantes de más de cien universidades del país (más extranjeros) y obtener un promedio sobresaliente que le permita estar entre los aproximadamente seis mil seleccionados que obtendrán un lugar en algún hospital sede que le permita llevar a cabo su especialización.

Una vez seleccionado, el aspirante debe competir nuevamente por la sede en la que pretende realizar su residencia (sean cuales sean los intereses que lo hayan motivado a

²Llera J., Durante E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. Arch Argentino de Pediatría. 112, e6-e11.

elegir ese hospital) y, de no ser elegido, buscar alguna otra opción que quizá se apegue nada o casi nada a sus planes y necesidades. Aparentemente no existe una estadística que muestre la proporción de residentes que realizan su estancia de especialización en la sede que eligieron como primera opción, sin embargo, a juzgar por la diversidad demográfica que se observa en nuestro hospital, donde esperaríamos recibir médicos originarios de la región o con algún vínculo con la misma, seguramente un buen número de residentes no realiza su curso de especialización donde originalmente lo planeaba.

El médico residente, al menos de las especialidades más solicitadas, pasa dentro de su hospital sede al menos 96 horas a la semana, esto dentro del acuerdo (legal) de que se harán máximo tres guardias por semana con un intervalo de descanso de dos días entre una guardia y otra: el famoso sistema ABC. Dicho de una forma más clara, si perteneces a la guardia A, inicias labores el día “A” a las 07:00hrs y sales del hospital el día “B” a las 15:00hrs, regresas el día “C” de 07:00-15:00hrs y al siguiente día, que es nuevamente “A”, inicias nuevamente la jornada de treinta y dos horas continuas. ¿Estamos hablando realmente de dos días de descanso entre una guardia y otra? Y no hay que dejar pasar el punto más relevante en este sistema: los residentes, sobre todo los de menor jerarquía, no inician a las 07:00hrs, comúnmente la entrada es dos, tres, hasta cuatro horas antes de eso y la salida va a depender de múltiples factores: “pendientes”, pases de visita, humor del residente de mayor jerarquía, castigos (esos que están prohibidos), etcétera. Hay que resaltar que este sistema no contempla el tiempo necesario para revisar bibliografía, artículos de actualización, preparar clases y estudiar pacientes, todo esto se hace en el tiempo “libre”.

Es obvio que todos estos factores, y los múltiples que no se mencionan, generan un proceso de adaptación tórpido, un desequilibrio emocional y un descontento desde el inicio

que aunado a más factores personales y los propios del clima educacional se pueden traducir a la aparición de trastornos socioemocionales que van a convertirse en un obstáculo para el desarrollo óptimo profesional y personal del médico residente.

Existe claramente un interés por egresar médicos especialistas académicamente aptos para enfrentar los problemas de salud que aquejan a nuestro país, pero, ¿existe alguna intención para mejorar el desempeño bio-psico-social del médico residente? ¡Estamos hablando de “salud”! Parece que continuamos con el mismo sistema nulificador de los intereses emocionales a pesar de la existencia de estudios clínicos que demuestran la alta prevalencia de ansiedad, depresión, desgaste profesional y algunos otros trastornos entre los médicos residentes.

En México³, se ha reportado la coexistencia de trastorno de ansiedad y depresión hasta en un 50% de los residentes predominando en las especialidades de Anestesiología y Terapia Intensiva. Otro estudio, realizado en Lima, Perú⁴, demostró la existencia de síndrome de desgaste profesional hasta en un 54.9% de los residentes y un 32.9% con síntomas depresivos agregados.

Entonces, por qué habría que modificar algo que ha sido funcional por mucho tiempo, por qué cambiar lo que hasta hoy ha dado buenos resultados (a los servicios de salud), por qué mudar de un sistema que, a pesar de su poca aceptación, cualquier médico

³Plata G. M., Flores C, L., Curiel H. O., Juárez O. J. R., Rosas B.J.V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 16,157-162.

⁴Mariños A., Otero M., Tomateo J., Málaga G. (2011) Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Revista Médica Hered. 22, 162-168

con deseos de especializarse se atrevería a seguir. La medicina, es su más abstracta definición es respeto por la vida, pero no siempre por la propia, y es correcto si lo enviamos a un contexto en el que el médico, en su más honesta versión, se olvida de sus propias necesidades para atender las de su paciente. Ciertamente no se han podido atender las dos cosas a la vez; no se ha logrado la existencia de un médico residente emocionalmente sano. Entonces, se está sacrificando la personalidad del médico por la funcionalidad de los servicios de salud.

Principio de respeto y garantía de derechos humanos

El principio de respeto y garantía de los derechos humanos está establecido en prácticamente todas las constituciones modernas desde la Revolución Francesa y la independencia norteamericana. En la Constitución Mexicana este principio, que existe desde el siglo XIX, quedó especialmente reforzado con la reforma de 2011⁵. La llamada “Reforma en materia de derechos humanos” es talvez la reforma constitucional más importante de este país en todo el siglo XX. Con esta reforma, el capítulo primero de la Constitución pasa a llamarse “De los derechos humanos y sus garantías”, y el artículo primero establece que “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad”. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Al establecer que “todas las autoridades” tienen dicha obligación se excluye la posibilidad que algún tipo

⁵Cuadro comparativo de la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos. (.s.f.). Recuperado el 2 de febrero de 2016 de http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Cuadro_comparativo_reforma_DDHH_1.pdf

de violación a un derecho fundamental pueda estar justificada. Además, al establecer que las autoridades no solo deben de respetar sino también “promover, proteger y garantizar” los derechos, se les vincula a algo más que la pasividad del mero respeto, pues ahora deben desplegar acciones concretas para que estos derechos se actualicen en realidad. Finalmente, debe tenerse en cuenta que con la introducción de la expresión “progresividad” en este artículo de la Constitución, se establece la obligación de las autoridades de “acrecentar” paulatinamente el disfrute de estos derechos.

Otra idea fundamental que hay que tener en cuenta en el paradigma de los derechos humanos es que estos, históricamente, han tenido una construcción individualista. Esto significa que, con estos derechos, desde sus mismos orígenes, se ha pretendido defender a los individuos concretos o a las minorías de los caprichos o arbitrariedades del Estado o las colectividades. Dicho en otras palabras, bajo el paradigma de los derechos humanos no puede justificarse el atropello de una persona en concreto bajo el argumento de que con eso se beneficia a una sociedad completa. El acento está en la dignidad del ser humano por el solo hecho de ser persona y no en lo que sea más conveniente para la sociedad.

Actualmente, cuando existe un conflicto entre dos derechos en pugna (por ejemplo, el derecho de un médico a periodos de labores razonables frente al derecho de la sociedad sonoreense a recibir atención médica en todo momento), estos conflictos se resuelven a través de una técnica de argumentación llamada “ponderación”. Ponderar significa que, primero, tenemos que determinar si es verdad que es necesario sacrificar ese derecho para que el otro se logre; segundo, determinar si no hay absolutamente otra forma de salvaguardar ese derecho sin atropellar al otro; y, tercero, si de plano no hay de otra, determinar hasta qué punto debe restringirse un derecho a favor del otro, pues el hecho de que un derecho derrote al otro no significa que el derecho “vencido” debe ceder totalmente

y desaparecer, sino únicamente restringirse lo estrictamente necesario para que el otro se logre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Idealmente, la especialización médica debería representar un proceso en el cual el médico desarrolle y perfeccione conocimientos y habilidades propios de la especialidad, y no sólo eso, además su desarrollo emocional debería ser equivalente. Lamentablemente, a pesar de que, sí existe una preocupación por mejorar los planes de estudio para unificar la calidad de la enseñanza de los médicos residentes, se ha confundido la educación del médico con el servicio que presta el mismo, perdiendo de esta forma la esencia de la residencia médica. Peor aún, no hay atención sobre el desarrollo emocional del residente, no existe una normatividad que promueva la evaluación psicológica periódica que ponga de manifiesto la situación emocional del residente y su evolución durante el tiempo que pasa dentro su hospital sede. Además, la sistematización del servicio ha llevado a despersonalizar al médico residente y de esta manera a vulnerar sus derechos humanos.

Preguntas de investigación

¿Cómo mejoraría el desarrollo profesional y personal del médico residente de anestesiología del Hospital General del Estado haciendo modificaciones al clima educacional?

¿Es posible mejorar las condiciones emocionales del médico residente de anestesiología del Hospital General del Estado sin sacrificar su desarrollo profesional y su rol como prestador de servicios de salud?

JUSTIFICACIÓN

Más allá de la relevancia que por sí mismo tiene el acceso a los servicios de salud de las personas, lo cierto es que, en las últimas décadas, se ha acentuado cada vez más el carácter de derecho humano de dicho servicio. En efecto, desde la constitución de 1917 en México, el acceso a la salud como derecho humano es entendido como un derecho de segunda generación (los derechos de primera generación comprenden libertades fundamentales, derechos políticos y civiles como la libertad, la igualdad, etcétera. Son de segunda generación aquellos derechos de tipo colectivo, social, económico y cultural. Los derechos de tercera generación forman parte de los derechos de pueblo o de solidaridad como por ejemplo el derecho a la paz, a la justicia social, etcétera⁶.), no porque sean de menor relevancia, sino porque actualmente asistimos a un momento histórico en el que existe una tercera “oleada” (y hasta cuarta y quinta) de derechos a los que las personas, por el sólo hecho de serlo, debe tener acceso y disfrute pleno.

Paralelo al derecho al acceso a la salud, en este trabajo de investigación además aparecen dos derechos que precisan ser ponderados con aquél e, incluso, aparentemente aparecen en conflicto con él: el derecho de acceso a la educación y el derecho a la salud física y mental. Esto es así porque, desde hace muchos años, ha tenido lugar una práctica en la formación de los médicos residentes en la que se ha entendido como “formativa” someter a dichos estudiantes a jornadas de trabajo extenuantes y que rebasan por mucho la

⁶Aguilar C.M., (2010). Las tres generaciones de los derechos humanos. Doctrina. Procuraduría General de la República. 20, 93-102.

racionalidad del fin que se persigue, en este caso, la especialización médica, causando notables efectos negativos en la salud física y psicológica de los estudiantes.

De estas prácticas que, al menos en potencia, son susceptibles de causar dichos efectos, parece dudoso que puedan justificarse con base en la posibilidad “única” de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas que acuden día a día al auxilio del hospital. Dicho en otras palabras, para muchos, el deterioro en la salud de los médicos residentes se justifica por sí mismo bajo el argumento de que *sólo de esta forma* es posible garantizar a cabalidad la demanda de servicios de salud en la entidad. Sin embargo, aun cuando dicha premisa fuera válida, debe tenerse cuenta que toda restricción de derechos debe ser proporcional al fin perseguido, esto es, no puede atropellarse ilimitadamente un derecho sin límite alguno bajo el argumento de salvaguardar otro.

En este contexto, la relevancia de este trabajo se justifica en la necesidad de, en primer lugar, enfrentar una premisa en la formación de los médicos residentes que, en opinión de quien escribe, parte de una petición de principio, una falacia lógica que sólo la evidencia empírica de la demanda de los servicios de salud y la formación de residentes desvela. Luego entonces, evidenciar dicho punto de partida equivocado en la organización de enseñanza permitiría esbozar y, en su momento, consolidar una estructura de educación para dichas personas que, lejos de poner en peligro el acceso a los servicios de salud de los pacientes, lo fortalecería. Por tanto, la trascendencia de abordar la cuestión de investigación que aquí se plantea es porque impactaría directamente no sólo sobre la labor de los médicos residentes y la estructura administrativa que los arropa, sino incluso, y todavía más importante, sobre los derechohabientes.

La posibilidad de resolver esta problemática a través de este estudio es alta pues, aún con los desafíos que un trabajo de esta naturaleza por sí mismo implica, en realidad es totalmente factible evidenciar la petición de principio a la que hemos aludido y, más importante aún, dar una respuesta apropiada, práctica y viable empíricamente a la necesidad de hacer compatible una organización de enseñanza de los médicos residentes. Ésta, debería reducir al máximo la posibilidad de afectaciones a su salud física y mental sin que ello signifique sacrificar el acceso a la salud de los derechohabientes e, incluso, fortalecerlo.

De acuerdo con la búsqueda de información para desarrollar el presente trabajo, al menos en nuestro país, no existen estudios que hayan hecho modificaciones al clima educacional de forma longitudinal y que hayan evaluado como mejora el desarrollo del residente, así como tampoco se encontró evidencia de alguna premisa que considere al médico residente y sus derechos humanos como dos elementos inseparables.

No se pretende un modelo de residencias médicas que atente contra la disciplina y responsabilidad que implica la atención médica de especialidad. Sin embargo, hay que dilucidar las claras violaciones a los derechos fundamentales y el atropellamiento emocional de quienes han estado envueltos en este sistema. Tampoco se plantea un modelo de prevención de estos trastornos sino uno de intervención que modifique el clima educacional y con ello mejoren las condiciones socioemocionales del médico residente y con ello lograr un desarrollo personal equivalente al profesional y académico. Buscar acciones que modifiquen de primera instancia el círculo inmediato en el que se desenvuelve el médico residente y posteriormente llevarlo a un nivel más amplio va a permitir, además del gran crecimiento profesional que conlleva una residencia médica, la satisfacción y

realización individual del individuo lo que, como se mencionó antes, es un derecho humano.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Evaluar el desarrollo profesional y personal del médico residente de anestesiología en el Hospital General del Estado

OBJETIVOS PARTICULARES:

Evaluar el aprovechamiento semanal de las sesiones académicas de los residentes de primer, segundo y tercer año de anestesiología en dos fases, con y sin modificaciones del clima educacional.

Evaluar síndrome de desgaste profesional, ansiedad, estrés y depresión en los residentes participantes al final de cada fase.

Comparar los cambios en el desarrollo profesional de los residentes entre las dos fases del estudio.

Comparar los cambios en el desarrollo personal de los residentes entre las dos fases del estudio.

Comparar la percepción del clima educacional entre las dos fases del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal en dos fases.

Población

Fue constituida por todos los médicos residentes de anestesiología del Hospital General del Estado.

Periodo de estudio

El estudio consistió de dos fases con una duración cada una de 60 días.

Tipo de muestra

La muestra consistió de 28 residentes del servicio de Anestesiología: nueve residentes de primer año, doce residentes de segundo año y siete residentes de tercer año. Este valor corresponde al total de residentes que cursan dicha especialidad y que estuvieron en el Hospital General del Estado (HGE) durante el periodo de estudio.

Criterios de selección

Criterio de inclusión: Ser residente de anestesiología del HGE que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio voluntariamente. Residente del HGE de cualquier otra especialidad siempre y cuando participe la totalidad de los médicos residentes del servicio al que pertenecen.

Criterio de exclusión: Negativa del residente a participar o que este por abandonar la residencia médica. Rotación por otro hospital (no sede) que impida la realización de las evaluaciones

Criterio de eliminación: Renuncia a la residencia médica o negativa a continuar participando en el protocolo.

Recursos empleados

Recursos humanos: Constó de un evaluador que fue una persona variable que aplicó las evaluaciones semanales. Además, se trabajó con un psicólogo que calificó e interpretó los resultados de los test para ansiedad, depresión, estrés y desgaste profesional así como el equipo que desarrolla este trabajo (directores, asesor estadístico y presentador) para evaluar resultados del estudio.

Recursos físicos: Papelería básica.

Recursos financieros: No se requirió de recursos financieros para el desarrollo de este estudio.

Categorización de las variables según la metodología

Variables dependientes:

Desarrollo profesional: Aprovechamiento académico de acuerdo a las calificaciones de evaluaciones aplicadas

Desarrollo personal: Variable calificada por la ausencia o presencia de síndrome de desgaste profesional, ansiedad, estrés y/o depresión.

Variables independientes y sociodemográficas:

Clima educacional: Interrelación entre el profesional en etapa de entrenamiento y los diferentes actores del equipo de salud, así como de las características institucionales en donde se desenvuelve.

Edad: Tiempo en años que ha vivido una persona desde el nacimiento.

Sexo: Condición genérica que identifica al ser humano como mujer o varón.

Año de residencia: Grado académico que actualmente el residente está cursando

Religión: Refiere si el participante practica o no una religión.

Estado civil: Condición civil actual del participante.

Descendencia: Indica la presencia o ausencia de hijos del participante

Origen: Lugar de nacimiento del participante.

Compañía: Variable que indica si el paciente vive solo o acompañado.

Dependencia económica: Refiere si el participante tiene alguna(s) persona(s) que dependa económicamente de él.

Cuadro 1. Definición de variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Clima educacional	Independiente	Interrelación entre el profesional en etapa de entrenamiento y los diferentes actores del equipo de salud, así como de las características institucionales en donde se desenvuelve	Cualitativa	1. <i>Muy pobre</i> 2. <i>Lleno de problemas</i> 3. <i>Más positivo que negativo</i> 4. <i>Excelente</i>
Edad	Independiente sociodemográfica	Tiempo en años que ha vivido una persona desde el nacimiento	Cuantitativa	<i>Años</i>
Sexo	Independiente sociodemográfica	Condición genérica del ser humano que identifica a la mujer y al varón.	Cualitativa	1. <i>Masculino</i> 2. <i>Femenino</i>
Año de residencia	Independiente	Grado académico que actualmente el residente está cursando	Cuantitativa	1. <i>Primero</i> 2. <i>Segundo</i> 3. <i>Tercero</i>

Religión	Independiente Sociodemográfica	Practica o no alguna religión	Cualitativa	1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>
Estado civil	Independiente	Estado civil actual	Cualitativa	1. <i>Soltero</i> 2. <i>Casado</i> 3. <i>Unión libre</i> 4. <i>Divorciado/separado</i> 5. <i>Otro</i>
Descendencia	Independiente	Tiene o no hijos	Cualitativa	1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>
Origen	Independiente	Es o no foráneo	Cualitativa	1. <i>Foráneo</i> 2. <i>No foráneo</i>
Compañía	Independiente	Vive solo o con algún acompañante actualmente	Cualitativa	1. <i>Solo</i> 2. <i>Acompañado</i>
Dependencia económica	Independiente Sociodemográfica	Cuenta con alguna persona que depende económicamente de él	Cualitativa	1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>
Desarrollo profesional	Dependiente	Aprovechamiento académico de acuerdo a las calificaciones de evaluaciones aplicadas	Cualitativa	1. <i>Bueno (80-100)</i> 2. <i>Regular (70-80)</i> 3. <i>Malo (<70)</i>
Desarrollo personal	Dependiente	Presencia o ausencia de síndrome de desgaste profesional (SDP), ansiedad (A), depresión (D) o estrés (E)	Cualitativa	1. <i>Presencia de SDP</i> 2. <i>Presencia de A</i> 3. <i>Presencia de D</i> 4. <i>Presencia de E</i> 5. <i>SDP + A + D + E</i> 6. <i>SDP + A</i> 7. <i>SDP + D</i> 8. <i>SDP + E</i> 9. <i>A + D</i> 10. <i>A + E</i> 11. <i>D + E</i> 12. <i>D + A + E</i> 13. <i>SDP + A + E</i>

Descripción general del estudio

Fases del estudio:

Primera fase. Se realizó durante los primeros 60 días después de aprobado el estudio. Durante este periodo, se ejecutó la aplicación de evaluaciones periódicas (exámenes semanales de acuerdo al temario de clases proporcionado por el PUEM)

y, al final de esta primera fase se aplicaron las evaluaciones para medir el clima educacional (PHEEM), síndrome de desgaste profesional (MBI), estrés, ansiedad y depresión (test de Hamilton escalas 1, 2 y 3). Para esta fase, se consideró la jornada laboral con la que normalmente cuenta el médico residente de anestesiología, partiendo de guardias ABC y con cuatro horas de clase por semana.

Segunda fase. Se realizó durante los segundos 60 días después de aprobado el estudio. Se establecieron modificaciones al clima educacional a través de intervenciones que constaron de: primero, ajustar la jornada laboral de médico residente de anestesiología partiendo de guardias ABCD; segundo, aumentar de cuatro a seis horas de clase por semana; tercero, se hizo continuo énfasis sobre el conocimiento del temario que debe abarcarse para final de cada año de residencia, sobre el rol que juega cada uno de los residentes dentro del servicio y sobre el apoyo que pueden demandar en situaciones personales si lo necesitaran y; por último, se hicieron reconstrucciones del temario de acuerdo a los resultados de las evaluaciones.

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Durante ambas fases las evaluaciones semanales del aprovechamiento académico se hicieron con estricto apego al Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM). Se utilizó el inventario de Burnout de Maslach (MBI)⁷ el cual consta de 22 ítem separados en tres categorías: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El Clima

⁷ Gil-Monte P., Peiró J. (1999). Validez Factorial del Maslach Bournout Inventory en una muestra ocupacional. Revista Anual de Psicología Psicothema. 11. 679-689.

Educacional (CE) se evaluó utilizando el PHEEM⁸, el cual consta de 40 ítems operacionalizados con una escala de Likert de 0 a 4 y que evalúa tres dominios: percepción del rol de autonomía, percepción de la enseñanza y percepción del soporte social. La suma total del cuestionario es de 160 puntos. Se midió la prevalencia de ansiedad, estrés y depresión con los test de Hamilton⁹.

Por último, los datos obtenidos de los participantes fueron depositaron en una matriz de datos generales en formato de hoja de cálculo para su posterior análisis matemático, descriptivo y estadístico.

Análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, medias y desviación estándar del puntaje global de las variables cuantitativas. Posteriormente, se realizaron pruebas de Wilcoxon para ver si la categorización en rangos en los diferentes dominios y el total dependerá del clima educacional. La consistencia interna del estudio se evaluó mediante el cálculo del Cronbach alfa cuyo resultado se expresa en rangos de 0 a 1 donde un coeficiente $> 0,8$ se considera altamente confiable.

El resultado principal será la relación entre CE y la presencia de desgaste profesional ansiedad, estrés y/o depresión así como su relación con el desarrollo

⁸Hamui S. A., Anzarut C. M., De La Cruz F. G., Ramírez R. O., Lavalle M. C. y Vilar P. P. (2013). Construcción y validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de aprendizaje en las especialidades médicas. Gaceta Médica de México. 149. 394-405

⁹Lobo A., Chamorro L., Luque A., Dal-Ré R., Badiá X., Baró E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina Clínica. 118:493-9

profesional. Se aceptó la medición del CE como variable continua siguiendo las sugerencias del autor del instrumento. Todos los análisis se realizaron en el paquete estadístico IBM SPSS V22 para Windows (**cuadro x**).

Cuadro 6. Análisis matemático para cada objetivo

Objetivo	Definición	Prueba estadística
General	Evaluar el desarrollo profesional y personal del médico residente de anestesiología en el Hospital General del Estado	Análisis de estadística descriptiva Prueba Wilcoxon p<0.05 Programa: IBM SPSS V.22
Particular 1	Evaluar semanalmente el aprovechamiento de las sesiones académicas de los residentes de primer, segundo y tercer año de anestesiología en dos fases, con y sin modificaciones del clima educacional.	Análisis de estadística descriptiva Prueba Wilcoxon p<0.05 Programa: IBM SPSS V.22
Particular 2	Medir logros, satisfacción, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en los residentes participantes al final de cada fase.	Análisis de estadística descriptiva Prueba Wilcoxon p<0.05 Programa: IBM SPSS V.22
Particular 3	Comparar los resultados de las dos fases del estudio.	Análisis de estadística descriptiva Prueba Wilcoxon p<0.05 Programa: IBM SPSS V.22

Aspectos éticos de la investigación

Debido al tipo de análisis que se realiza se cuidó mantener la identidad de los participantes, cuyos datos personales fueron manipulados y analizados únicamente por los investigadores. Durante la exposición de resultados no se hizo referencia a especificaciones de cada individuo y se consideraron los criterios del marco legal para las residencias médicas.

RESULTADOS

Se evaluó a una muestra de 28 residentes de anestesiología del Hospital General del Estado de los cuales se eliminaron a 2 participantes por baja de la residencia. Los restantes mostraron una media de edad de 28.6 años y de los cuales el 57.6% fueron mujeres y el 42.4% hombres. La muestra estuvo representada por 7 residentes de primer año (26.9%), 12 residentes de segundo año (46.2%) y 7 residentes de tercer año (26.9%).

Se encontró que el 92.3% de los residentes practican alguna religión; el 76.9% fueron solteros, el 15.3% casados y el 7.8% vivieron en unión libre; solo el 11.6% refirió tener hijos, sin embargo, el 23% refirió tener alguna persona que dependía económicamente de ellos. El 61.5% de la muestra resultó ser foránea pero solo el 23% refirió que vivía solo, el resto tenía algún tipo de compañía en su casa o habitación (Tabla 1).

Variable

<i>Edad</i>	Media 28.6		
	Varianza 5.75		
	Desviación estándar 2.39		
<i>Sexo</i>	Mujeres 57.6% (N=15)		Hombres 42.4% (N=11)
<i>Año de residencia</i>	1° 26.9% (N=7)	2° 46.2% (N=12)	3° 26.9% (N=7)
<i>Religión</i>	Practicantes 92.3% (N=24)		No practicantes 7.7% (N=2)
<i>Edo. Civil</i>	Soltero 76.9% (N=20)	Casado 15.3% (N=4)	Unión libre 7.8% (N=2)
<i>Descendencia</i>	Tiene hijos 11.6% (N=3)		No tiene hijos 88.4% (N=23)
<i>Origen</i>	Foráneo 61.5% (N=16)		No foráneo 38.5% (N=10)
<i>Compañía</i>	Vive solo 23% (N=6)		Vive acompañado 77% (N=20)
<i>Dependencia económica</i>	Sí 23% (N=6)		No 77% (N=20)

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Evaluación del aprovechamiento académico (desarrollo profesional)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el desarrollo profesional de la fase 1 (sin modificaciones al CE) y la fase 2 (con modificaciones al CE) con una significancia en la prueba de Wilcoxon de $p=0.003$ pasando de un aprovechamiento regular (74.72/100) a uno bueno (87.21/100).

Evaluación del desarrollo personal (estrés, ansiedad, desgaste profesional y depresión)

Se encontraron niveles de estrés en el 100% de los residentes estudiados al final de ambas fases, sin embargo, al comparar los puntajes numéricos de las pruebas, se encontraron diferencias significativas ($p=0.001$) entre la fase 1 y la fase 2 siendo menores los niveles de estrés al final de la fase 2. Un fenómeno similar ocurrió en la evaluación de ansiedad, la cual en ambas fases se evidenció una prevalencia del 88.4%, pero al compararlos nuevamente por puntaje de las pruebas aplicadas, se encontró una diferencia significativa entre la fase con modificaciones al CE y la fase sin modificaciones ($p=0.001$).

Se encontró síndrome de desgaste profesional en el 30.7% de los residentes al final de la primera fase y este porcentaje disminuyó a 23% al final de la segunda fase.

Para el caso de la depresión, en la primera fase se observaron niveles de depresión en el 42.3% de los residentes y al final de la fase 2 en un 30.7%. Al compararlas se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre las dos fases.

Evaluación del clima educacional

Durante la primera fase del estudio el 53.7% de los residentes percibieron el CE “más positivo que negativo”, el 42.3% “lleno de problemas” y el 3% (N=1) “excelente”. Para el

final de la segunda fase, el 73% percibió el CE “más positivo que negativo” y sólo el 27% continuó percibiéndolo como “lleno de problemas” y estadísticamente se encontraron diferencias significativas ($p=0.001$).

DISCUSIÓN

En México, la residencia médica es prácticamente la única forma de obtener la especialización médica y lamentablemente esta vía no ha sido, por diversos factores, el método idóneo por el que un médico pueda desarrollar y explotar sus potenciales académicos y personales.

Este estudio tuvo como uno de sus objetivos evaluar el desarrollo profesional del residente de anestesiología. La afección del aprovechamiento académico podría ser la principal preocupación de cualquiera que tuviera la intención de cambiar el programa o sistema por el que las residencias médicas funcionan, y es natural pues, claro está que quebrantaría el principal objetivo de la especialización: el aporte de conocimientos y destrezas.

La evaluación de dicho objetivo se logró por medio de exámenes semanales que se elaboraron conforme al temario del Programa Único de Especialidades Médicas; es importante mencionar que estas evaluaciones no fueron validadas por la propia institución que acoge a los residentes estudiados, no obstante, al haberse utilizado el mismo método de valoración en las dos fases y haber mostrado cambios significativos al ser evaluados estadísticamente, no deberían menospreciarse los resultados.

La preocupación por este aspecto académico del que hablamos no viene únicamente de la institución que provee la especialización sino del residente mismo pues, al menos en principio, el objetivo es puramente académico. En el estudio de *Plata y cols*¹⁰, realizado en México, se exponen algunas de las declaraciones de los médicos residentes que fueron

¹⁰ Plata G. M., Flores C, L., Curiel H. O., Juárez O. J. R., Rosas B.J.V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 16,157-162

evaluados y aquí cabría hacer mención especialmente de una: “No tengo tiempo suficiente para dedicárselo al estudio, que es una parte importante de la residencia. Esto me genera conflicto en la esfera académica, la cual es fundamental para culminar la especialidad.”

Mejorar entonces el rendimiento académico de los médicos residentes, por cualquiera que sea el método, es de vital importancia pues, no solo se cumple con el objetivo esencial de la especialización, sino que genera en el residente la satisfacción de alcanzar dicha meta.

Con el fin de evaluar el desarrollo personal del residente, se evidenció la presencia de diversos trastornos emocionales tales como la depresión, la ansiedad, el estrés y el síndrome de desgaste profesional en proporciones importantes y preocupantes. No es sorpresa que en el servicio de anestesiología haya una alta prevalencia de estos trastornos pues, como lo mencionan *Plata y cols*, esta situación puede atribuirse a la demanda laboral, la consecuente presión psicológica y la convivencia con otros médicos de otras especialidades que sufren de estos trastornos y que no están en tratamiento lo cual hace más viable su evolución y perpetuación. Sin embargo, hace falta estudiar a los residentes de otras especialidades (dentro del mismo hospital) para compararlos y conocer si se trata de un fenómeno propio de la especialidad de anestesiología o si tiene una relación o dependencia con el clima educacional de la institución.

Como se observó en el apartado de resultados, los casos de ansiedad y estrés estuvieron presentes en la misma proporción al final de ambas fases del estudio, sin embargo, cuando se evaluaron los puntajes de los cuestionarios aplicados se observó una disminución significativa de los mismos. Esto quiere decir que, efectivamente, tuvimos residentes con datos de ansiedad y estrés en todo momento, empero, los niveles de estos dos trastornos

fueron menores en la segunda fase y por lo tanto atribuibles a las modificaciones del CE que se implementaron.

Para el caso de la depresión y el síndrome de desgaste profesional, también se encontraron resultados favorables para el estudio, observando una disminución significativa de estos trastornos de la fase 1 hacia la fase 2.

*Maslach*¹¹ asegura que la condición para desarrollar síndrome de desgaste profesional está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales pero que la intervención para mejorar esta condición una vez instalada en una persona debe ser individualizada. Esto quiere decir que es válido medir el síndrome de desgaste profesional y buscar una relación con el clima educacional pero, hacer modificaciones al mismo no va a mejorar esta condición; así pues, a pesar de que se obtuvo una disminución en la proporción de residentes afectados por este trastorno, lo ideal para alcanzar mejores resultados en esta entidad hubiera sido canalizar a tratamiento a aquellos residentes afectados desde la primera fase y esto paralelamente hubiera representado un cambio adicional al clima educacional.

Sería interesante relacionar estos trastornos con el año de residencia que se está cursando y, mejor aún, establecer un protocolo de tamizaje para los residentes en su año de ingreso para afirmar con mayor certeza que tan atribuibles son estas patologías al clima educacional del hospital.

¹¹ Maslach C, Leiter M. (1997). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.

Hay que mencionar que los periodos en que se realizaron todas estas evaluaciones en realidad fueron muy cortos, es de esperar que los cambios sean pequeños incluso nulos, especialmente cuando hablamos del CE pues se trata de la *percepción* del residente hacia sí mismo y hacia su institución y tratándose de algo subjetivo invariablemente va a estar influenciado por su estado emocional en ese momento por lo que, por mucho que mejoremos el CE, se necesita más tiempo para que el residente mejore su condición emocional y de esta manera logre percibir dichos cambios.

Si aun con estas limitantes se encontraron resultados favorables para este estudio, resulta muy esperanzador pensar en la evaluación de estas variables a más largo plazo. Entonces, si la relación entre estos trastornos y el clima educacional demostró tener una asociación estadísticamente significativa y, a su vez el desarrollo profesional mejoró con una significancia estadística confiable al hacer modificaciones al CE, es válido pensar que modificando el CE es posible mejorar el estado emocional de los residentes y, por si no fuera suficiente, mejorar el rendimiento académico de los mismos.

CONCLUSIONES

Se mostraron mejores resultados de aprovechamiento académico en la segunda fase del estudio, es decir, en aquella donde se hicieron modificaciones al CE. Esto demuestra que, contrario a lo esperado, el desarrollo profesional no se ve afectado con las modificaciones al CE.

Se evidenció la presencia de trastornos emocionales en ambas fases del estudio; aunque no se hayan logrado eliminar estos trastornos a pesar de las modificaciones al CE, se demostró una disminución en los niveles de los mismos.

A pesar de la presencia de estas patologías que podrían afectar negativamente la opinión del residente acerca de su entorno, se demostró una mejoría en la percepción del médico hacia sí mismo y hacia la institución.

Como ya se había puesto de manifiesto, el argumento por el que se sostiene el sistema de residencias (donde la situación física y emocional del médico no es reconocida como un aspecto que debe ser protegido) parte de una petición de principio, luego, no solo no debe responsabilizarse al residente de la garantía del acceso a la salud de los derechohabientes, sino que además hemos demostrado que atendiendo los aspectos de salud emocional del residente mejora su aprovechamiento académico y su situación emocional y secundariamente su desempeño como prestador de servicios de salud.

Típicamente los sistemas por los cuales los estados, las instituciones o cualquier otra entidad demandan cambios cuando estos presentan disfunciones importantes que ponen en

peligro la integridad de estas entidades o la de quienes intervienen en ellas. Es impresionante como a pesar de que el sistema de enseñanza médica es muy antiguo no ha tenido transformaciones reales, ha seguido funcionando y bajo ese ejercicio ha egresado cientos y miles de médicos especialistas. Pero, si las instituciones de enseñanza en salud no demandan cambios, por qué tampoco lo hacen los médicos. Encontramos dos respuestas; total desconocimiento de la trascendencia sobre la salud que tiene someterse a ese sistema o bien, resistencia al cambio.

Cambiar significa desordenar y prescindir de la tranquilidad de tener todo “bajo control”, significa reasignar responsabilidades, significa reacomodar jerarquías, significa quitarle el poder a quien quizá espero por él dos o tres años, el poder de manipular la vida de alguien que su único “problema” fue haber entrado a la especialidad después de aquel que ahora tiene poder y de aquel que le está enseñando que, llegado el momento, también podrá manipular e ignorar los derechos de alguien más, significa aceptar que la medicina no es una religión que debe ser aceptada y obedecida fielmente sin un argumento lógico, significa comprender que el médico no por convertirse en residente pierde sus derechos fundamentales, significa hacer funcionar un hospital-escuela como nunca antes lo había hecho.

Se requiere más tiempo para estudiar y mostrar resultados de mejor confiabilidad y no solo en el servicio de Anestesiología sino en el resto de las especialidades para poder compararlas y así poder considerar al CE como responsable o no de los resultados.

Sería muy interesante estudiar por qué el médico residente acepta y perpetua este sistema.

LITERATURA CITADA

- Plata G. M., Flores C. L., Curiel H. O., Juárez O. J. R., Rosas B.J.V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 16,157-162.
- Mariños A., Otero M., Tomateo J., Málaga G. (2011) Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Médica Hered*. 22, 162-168
- Catsicaris C., Eymann A., Cacchiarelli N., Usandivaras I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argentino de Pediatría*. 105, 236-240
- Llera J., Durante E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argentino de Pediatría*. 112, e6-e11.
- Silberman F. (2010). Educación médica de Posgrado. Residencias médicas. *Revista de la Asociación Argentina de Traumatología y Ortopedia*. 75, 88-96.
- Aguilar C.M., (2010). Las tres generaciones de los derechos humanos. *Doctrina*. Procuraduría General de la República. 20, 93-102.
- Cuadro comparativo de la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos. (.s.f.). Recuperado el 2 de febrero de 2016 de http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Cuadro_comparativo_reforma_DDHH_1.pdf
- Galli A., Brissón M., Soler C., Yulitta H., Eiguchi K. (2015). Evaluación del ambiente educacional en sistema de residencias médicas del gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista Argentina de Educación Médica*. 6, 100-106.
- Herrera C., Olivos T., Román J., Larraín A., Pizarro M., Solís N., Sarfatis A., Torres P., Padilla O., Le Roy C., Riquelme A. (2012). Evaluación del ambiente educacional en los programas de especialización médica. *Revista Médica de Chile*. 140, 1554-1561.
- Mendoza G. M., Cortés L., Tapia J. G., Montes V. E., Salado P. M. (2016). Desgaste Profesional, calidad de vida y salud en residentes de medicina, México. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 6, 2.
- Jimenez-Lopez J., Arenas O. J., Angeles G. U. (2014). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 53, 8-20

- Gil-Monte P., Peiró J. (1999). Validez Factorial del Maslach Bournout Inventory en una muestra ocupacional. *Revista Anual de Psicología Psicothema*. 11. 679-689.
- Hamui S. A., Anzarut C. M., De La Cruz F. G., Ramírez R. O., Lavalle M. C. y Vilar P. P. (2013). Construcción y validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de aprendizaje en las especialidades médicas. *Gaceta Médica de México*. 149. 394-405
- Lobo A., Chamorro L., Luque A., Dal-Ré R., Badia X., Baró E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*. 118:493-9
- Maslach C, Leiter M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

ANEXOS



Consentimiento informado para protocolo de investigación

Desarrollo profesional y personal del médico residente del Hospital General del Estado con y sin modificaciones al clima educacional

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo **valorar el desarrollo profesional del médico residente de anestesiología del HGE con y sin modificaciones al clima educacional.**

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los objetivos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee, si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Propósito del Estudio

Consiste en realizar modificaciones al clima educacional en el que el médico residente se desenvuelve para valorar su desarrollo profesional y personal. El clima educacional habla de la interrelación entre el profesional en etapa de entrenamiento y los diferentes actores del equipo de salud, así como de las características institucionales en donde se desenvuelve el residente.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria por lo que si no se encuentra cómodo con su participación por cualquier motivo puede negarse a intervenir sin que esto genere alguna consideración especial hacia su persona.

Hermosillo Sonora a ____ de _____ de 2016

Nombre y firma del médico

Nombre y firma del paciente.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
	0	1	2	3	4	5	6
1 Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2 Al final de la jornada me siento agotado.							
3 Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4 Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5 Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6 Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7 Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8 Me siento "quemado" por el trabajo.							
9 Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10 Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12 Me encuentro con mucha vitalidad.							
13 Me siento frustrado por mi trabajo.							
14 Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15 Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16 Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17 Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18 Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19 He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20 En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21 Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22 Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntaje máximo 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntaje es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. El puntaje máximo es de 54; cuanto mayor es el puntaje en esta subescala, mayor es el agotamiento emocional y el nivel de BO experimentado por el sujeto.

Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. El puntaje máximo es de 30; cuanto mayor es el puntaje en esta subescala, mayor es la despersonalización y el nivel de BO experimentado por el sujeto.

Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La realización personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. El puntaje máximo es de 48; cuanto mayor es el puntaje en esta subescala, mayor es la realización personal porque en este caso el puntaje es inversamente proporcional al grado de BO. Es decir, a menor puntaje de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Cuestionario PHEEM

	Fuerte desacuerdo	Desacuerdo	Incierto	Acuerdo	Fuerte acuerdo
Tengo un programa que provee información acerca de las horas de actividad clínica.					
Mis profesores clínicos establecen expectativas claras.					
Tengo tiempo educacional protegido en esta rotación clínica.					
Tuve un programa de introducción informativo.					
Tengo el nivel apropiado de responsabilidad en esta rotación clínica.					
Tengo buena supervisión clínica en todo momento.					
Hay racismo en esta rotación clínica.					
Tengo que realizar tareas inapropiadas a mi etapa de formación.					
Hay un manual informativo de la rotación clínica para los residentes.					
Mis profesores clínicos tienen buenas destrezas comunicacionales.					
Soy localizado ("bepende" o ubicado en mi teléfono celular) de forma inapropiada.					
Existen las facilidades para participar en otras actividades docentes sin interferir con clases o pruebas de evaluación de otros cursos.					
Hay discriminación por sexo en esta rotación clínica.					
Tengo guías claras acerca de mis actividades clínicas en esta rotación.					
Mis profesores clínicos son entusiastas.					
Tengo buena colaboración con otros residentes de mi nivel.					
Mi horario de actividades clínicas es adecuado.					
Tengo la oportunidad de ofrecer continuidad en el cuidado de los pacientes.					
Tengo acceso adecuado a consejería.					
Esta rotación clínica (hospital/consultorio) tiene una buena calidad de espacios físicos para desarrollar actividades docentes.					
Hay acceso a un programa educacional relevante con objetivos explícitos para mis necesidades.					
Recibo retroalimentación (feedback) regularmente de parte de los docentes.					
Mis profesores clínicos son bien organizados.					
Me siento físicamente seguro en el ambiente clínico (hospitalario /ambulatorio).					
Hay una cultura de no culpar en esta rotación clínica.					
Hay facilidades adecuadas para obtener comida y bebidas (cafetería).					
Tengo suficientes oportunidades de aprendizaje clínico para mis necesidades.					

	Fuente desacuerdo	Desacuerdo	Incierto	Acuerdo	Fuente acuerdo
Mis profesores clínicos tienen buenas destrezas clínicas.					
Aquí me siento parte de un equipo de trabajo.					
Tengo oportunidades de adquirir los procedimientos prácticos apropiados para mi nivel.					
Mis profesores clínicos son asequibles.					
Mi carga de trabajo en esta rotación clínica es adecuada.					
Los docentes utilizan las oportunidades de aprendizaje en forma efectiva.					
El entrenamiento en esta rotación clínica me hace sentir preparado para ser médico.					
Mis profesores clínicos tienen buenas destrezas como mentores.					
Tengo tiempo de esparcimiento fuera de las actividades de esta rotación clínica.					
Mis profesores clínicos me fomentan el aprendizaje independiente.					
Existen buenas oportunidades de consejería para alumnos que fallan en esta rotación clínica.					
Los profesores clínicos me proveen buena retroalimentación (feedback) respecto de mis fortalezas y debilidades.					
Mis tutores clínicos promueven una atmósfera de mutuo respeto.					

Interpretación de los puntajes del PHEEM

La evaluación del clima total tiene la siguiente interpretación:

0 a 40: muy pobre

41 a 80: lleno de problemas

81 a 120: más positivo que negativo

121 a 160: excelente

La subescala de autonomía tiene la siguiente interpretación:

Ítems 1, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 29, 30, 32, 34, 40

0 a 14: muy pobre

15 a 28: negativa

29 a 42: positiva

43 a 56: excelente

La subescala de soporte tiene la siguiente interpretación

Ítems: 7, 13, 19, 20, 24, 25, 26, 35, 38

0 a 11: no existe

12 a 22: no es un lugar placentero

23 a 33: más pros que contras

34 a 44: ambiente con buen soporte

La subescala de enseñanza tiene la siguiente interpretación:

Ítems: 2, 3, 6, 10, 12, 15, 21, 22, 23, 27, 28, 31, 33, 37, 39

0 a 15: muy pobre

16 a 30: necesita revisión

31 a 45: en buena dirección

46 a 60: maestros modelos

Los ítems 7, 8, 11 y 13 puntúan en forma inversa.

TEST DE HAMILTON

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarme quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 -

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
	No me encuentro triste	
	Me siento algo triste y deprimido	
	Ya no puedo soportar esta pena	
	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
	Creo que nunca me recuperaré de mis penas	
	No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
	No espero nada bueno de la vida	
	No espero nada, esto no tiene remedio	
	He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.)	
	He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
	No me considero fracasado	
	Veó mi vida llena de fracasos	
	Ya nada me llena	
	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
	Ya no me divierte lo que antes me divertía	
	No estoy especialmente satisfecho	
	Estoy harto de todo	
	A veces me siento despreciable y mala persona	
	Me siento bastante culpable	
	Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona	
	Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable	
	No me siento culpable	
	Presiento que algo malo puede sucederme	
	Siento que merezco ser castigado	
	No pienso que esté siendo castigado	
	Siendo que me están castigando o me castigarán	
	Quiero que me castiguen	
	Estoy descontento conmigo mismo	
	No me aprecio	
	Me odio(me desprecio)	
	Estoy asqueado de mí	
	Estoy satisfecho de mí mismo	
	No creo ser peor que otros	
	Me acuso a mí mismo	
	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
	Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
	Siento que estaría mejor muerto	
	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
	Tengo planes decididos de suicidarme	
	Me mataría si pudiera	
	No tengo pensamientos de hacerme daño	
	No lloro más de lo habitual	
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo	
	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
	Ahora lloro más de lo normal	

	No estoy más irritable que normalmente	
	Me irrito con más facilidad que antes	
	Me siento irritado todo el tiempo	
	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	
	He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
	Me intereso por la gente menos que antes	
	No he perdido mi interés por los demás	
	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
	Tomo mis decisiones como antes	
	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
	Estoy preocupado porque me veo más viejo y decaído	
	Me siento feo y repulsivo	
	No me siento con peor aspecto que antes	
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo)	
	Puedo trabajar tan bien como antes	
	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
	No puedo trabajar en nada	
	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
	No trabajo tan bien como lo hacía antes	
	Duermo tan bien como antes	
	Me despierto más cansado por la mañana	
	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	
	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
	No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
	Me canso más fácilmente que antes	
	Cualquier cosa que hago me fatiga	
	No me canso más de lo normal	
	Me canso tanto que no puedo hacer nada	
	He perdido totalmente el apetito	
	Mi apetito no es tan bueno como antes	
	Mi apetito es ahora mucho menor	
	Tengo el mismo apetito de siempre	
	No he perdido peso últimamente	
	He perdido más de 2 kg. y medio	
	He perdido más de 5 kg.	
	He perdido más de 7 kg. y medio	
	Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas	
	Estoy preocupado por dolores y trastornos	
	No me preocupa mi salud más de lo normal	
	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
	Estoy menos interesado en el sexo que antes	
	He perdido todo mi interés por el sexo	
	Apenas me siento atraído sexualmente	
	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

TOTAL :

TEST DE HAMILTON – ESCALA 3

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

R = Raramente
A = Algunas veces
M = Muchas veces
S = Siempre

	R	A	M	S
TEST DE HAMILTON – ESCALA 3				
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal				
2. Siento miedo sin ver razón para ello				
3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
5. Siento que todo va bien y nada malo puede suceder				
6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan				
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda				
8. Me siento débil y me canso con facilidad				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente				
10. Siento que mi corazón late con rapidez				
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento				
12. Tengo periodos de desmayo o algo así				
13. Puedo respirar bien con facilidad				
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies				
15. Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones				
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia				
17. Mis manos las siento secas y cálidas				
18. Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo				
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien				
20. Tengo pesadillas				

TOTAL: