



Determinación de la calidad de vida de los médicos residentes de primer año de la Secretaría de Salud de Puebla en el periodo abril - mayo 2022

Facultad de Medicina

Tesis para optar por el título de médico psiquiatra

Presenta: Joel Ventura Guillén

Asesor metodológico: Dr. Enrique Torres Rasgado

Asesora experta: Dra. Minou Del Carmen Arévalo Ramírez

Puebla, México, 27 de septiembre del 2022

Índice

- 1.- Lista de abreviaturas
- 2.- Lista de figuras
- 3.- Lista de tablas
- 4.- Resumen
- 5.- Antecedentes
 - 5.1 Antecedentes generales
 - 5.2 Antecedentes específicos
- 6.- Justificación
- 7.- Planteamiento del problema
- 8.- Hipótesis científica
- 9.-Objetivos
 - 9.1.- Objetivo general
 - 9.2.- Objetivo específico
- 10.- Material y métodos
 - 10.1.- Diseño del estudio
 - 10.2.- Ubicación espacio temporal
 - 10.3.- Estrategia del trabajo
 - 10.4.- Muestreo
 - 10.4.1.- Definición de la unidad de población
 - 10.4.2.- Selección de muestra
 - 10.4.3.- Criterios de elección de las unidades de muestreo
 - 10.4.3.1.- Criterios de inclusión
 - 10.4.3.2.- Criterios de exclusión
 - 10.4.3.3.- Criterios de eliminación
 - 10.4.4.- Diseño y tipo de muestreo
 - 10.4.3.- Tamaño de la muestra
 - 10.5.- Definición de variables y escalas de medición
 - 10.6.- Método de recolección de datos
 - 10.7.- Técnicas y procedimientos
 - 10.8.- Análisis de datos

- 10.9.- Diseño estadístico
 - 10.9.1.- Hipótesis estadística
- 11.- Resultados
- 12.- Discusión
- 13.- Conclusiones
- 14.- Bibliografía
- 15.- Anexos
 - 15.1.- Cuestionario WHOQOL-BREF
 - 15.2.- Consentimiento informado

1.- Lista de abreviaturas

- **WHOQOL: World health Organization Quality of Life Questionnaire**
- **OMS: Organización Mundial de la Salud**
- **NOM: Norma Oficial Mexicana**
- **SSA: Secretaría de Salud**

2.- Lista de figuras:

- **Gráfica 1. Respuestas en relación a calidad de vida y satisfacción del estado de Salud de los Médicos Residentes encuestados** Fuente: Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- **Gráfica 2. Puntuaciones promedio en Calidad de vida y Satisfacción en Salud de los Médicos Residentes encuestados por sexo.** Fuente: Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

3.- Lista de tablas

- **Tabla 1.** Puntajes de los 4 dominios del cuestionario WHOQOL-BREF por sexo de los Médicos Residentes de 1er año encuestados.

4.- Resumen

Determinación de la calidad de vida de los médicos residentes de primer año de la Secretaría de Salud de Puebla en el periodo abril - mayo 2022

Ventura Guillén Joel¹, Torres Rasgado Enrique², Arévalo Ramírez Minou del Carmen³

¹Residente de cuarto año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

²Asesor metodológico, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ³Asesora experta, Facultad de Medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Introducción: La calidad de vida (CV) definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un término multidimensional en función a la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en su entorno cultural, sus sistemas de valores, con sus objetivos, expectativas, criterios, así como por su salud física, estado psicológico y grado de independencia. La baja calidad de vida de médicos residentes reportada previamente en diversos estudios se ha vinculado de manera negativa al desempeño académico, profesional y a una menor calidad en la atención médica.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los médicos residentes de primer año en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en 10 médicos residentes de primer año (8 mujeres) de 25 a 30 años, en un Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud de Puebla, en abril - mayo de 2022. Variables sexo, edad, grado académico, calidad de vida y valores de los dominios del cuestionario WHOQOL-BREF. Se utilizó un cuestionario digital en Google Forms, se recopiló en una hoja de Excel y se procesó con el paquete estadístico STATA® 15.1.

Resultados: El análisis de 10 encuestas de médicos residentes de primer año 80% (n=8) fueron mujeres y 20% (n=2) fueron hombres con promedio de edad de 27.5, RI 26-30 P=0.894. Basado en la interpretación del cuestionario WHOQOL-BREF, el dominio ambiental relacionado a la calidad de vida fue el que presentó el valor más bajo 38 (RI 31-38). Los puntajes fueron: en el dominio físico de 66 (RI 50-81), en el dominio psicológico fue 59.5 (RI 44-69), en el dominio social fue 62.5 (50-81).

Conclusiones: La baja calidad de vida de los médicos residentes puede beneficiarse de programas de intervenciones para favorecer profesionales de la salud con mejor calidad de vida asociados a una mejor calidad en la atención médica.

Palabras clave: Calidad de vida, médicos residentes, WHOQOL-BREF

5.- Antecedentes

5.1.- Antecedentes generales

La calidad de vida es un concepto definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo esta en dependiente de la manera en que el individuo se percibe así mismo en el lugar que ejerce en su cultura y en el sistema de valores en el que vive, así como en relación con otros factores como lo son sus expectativas, sus objetivos personales, sus criterios y sus preocupaciones, mediado todo lo anterior por las percepciones en su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y los factores propios de su ambiente. (Organización mundial de la Salud,1995)

La calidad de vida, al ser de una condición polar objetiva-subjetiva conlleva dificultades en su medición, los primeros enfoques fueron sociológicos y económicos los cuales estaban limitados al no reflejar la satisfacción y felicidad derivados de los mismos. Por lo que al determinar la calidad de vida es necesaria la interacción con la dimensión subjetiva que llevará a una valoración más completa. Una paradoja posible al hacerlo es que puede ocurrir una medición objetiva de baja calidad y no obstante encontrarse en niveles aceptables o altos de satisfacción personal. (Sarmiento, 2015)

La propuesta de la OMS para crear un instrumento de valoración de la calidad de vida surge de la necesidad de una medida de calidad de vida genuinamente internacional, y reafirma su postura de responsabilidad con la promoción continua de un enfoque holístico de la salud y la atención médica. Centros de diferentes países estuvieron involucrados en la operacionalización de los dominios de calidad de vida del instrumento, redacción de preguntas, selección de preguntas, derivación de la escala de respuestas y pruebas piloto. Manteniendo un enfoque sobre la estandarización, la equivalencia entre la configuración y los problemas de traducción estuvieron a la vanguardia del proceso de desarrollo. (Organización mundial de la Salud, 1995)

Se formó el grupo WHOQOL en 15 campos internacionales simultáneos cuyo objetivo fue el de desplegar un instrumento que tuviera de manera transcultural una

adecuada aplicación, por lo que el grupo decidió involucrar aspectos de la vida que fueran relevantes en la evaluación de la calidad de vida, de manera que se operacionalizó definiciones de aspectos con ítems para una versión piloto. La versión original de piloto consto de 236 ítems relacionado a la calidad de vida, posteriormente quince centros aplicaron en al menos 300 personas con una diversidad amplia de problemas de salud, de la información obtenido se seleccionaron 100 ítems y se formó la versión de prueba de campo del WHOQOL-100. El WHOQOL-100 integra 24 conjunto de características universalmente seleccionados por los 15 centros y cuatro preguntas generales sobre la calidad de vida y la salud. Se puede agrupar de manera de cuatro dominios que involucran: el físico, las relaciones sociales, el psicológico y el ambiente. Mientras que el WHOQOL-100 permite una valoración extensa y detallada de la calidad de vida, puede ser demasiado larga para algunos usos, resulta preferible en diversos escenarios un instrumento de pueda ser incorporado de manera breve, conveniente y precisa. De estas necesidades surge la versión de prueba de campo del WHOQOL-BREF que se desarrolló por el grupo WHOQOL por medio del uso de al menos una pregunta de los 24 aspectos relacionados a la calidad de vida previamente formulados, contando con los siguientes criterios de:

1. Los ítems seleccionados deben poder representar de gran manera la mayor parte de varianza dentro del dominio.
2. Se debe explicar la varianza dentro del conjunto de características generales de la calidad de vida, así como de las percepciones generales de salud.
3. Los ítems deben explicar una parte sustancial de la varianza dentro del aspecto general de la calidad de vida y percepciones generales de salud.
4. La valoración final debe demostrar integridad estructural en términos de análisis factorial confirmatorio.
5. La valoración final debe ser capaz de discriminar entre subgrupos de individuos como enfermos de no enfermos.

La información obtenida de 20 centros a lo largo de 18 países seleccionó los ítems de los 24 aspectos del WHOQOL-100 a su vez que se seleccionó una pregunta de la calidad de vida en general y una pregunta sobre la salud en general. De tal manera que el WHOQOL-BREF incluyó 26 preguntas. El WHOQOL-BREF fue probado en poblaciones muy diferentes, incluyendo centros de atención primaria, hospitales, e

instalaciones de atención en comunidades, algunos centros aplicaron en poblaciones mayores a 300 individuos, con aproximadamente 37% de los individuos sin problemas de salud. Se realizó la selección del ítem más representativo de cada aspecto por el grupo de expertos requiriendo la sustitución en tres ítems del dominio psicológico.

El cálculo de puntaje varía de 4-20 en cada dominio, se realizó un análisis confirmatorio de factores, los puntajes calculados usando el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF fueron muy similares, obteniendo una alta correlación entre el instrumento original y el segundo, teniendo un rango de 0.89 a 0.95. Los valores de alfa de Cronbach que se obtuvieron en los cuatro dominios del instrumento variaron de 0.66 a 0.84 por lo que demostró una buena consistencia interna.

El WHOQOL-BREF demostró una capacidad discriminatoria entre individuos enfermos y no enfermos similar al WHOQOL-100 en los 4 dominios, además de tener un intervalo de fiabilidad de "test-retest" de 2 a 8 semanas. Los cuatro dominios son cargados a un factor de segundo orden que representa la calidad de vida global.

La importancia de los cuatro dominios del WHOQOL BREF fue demostrada mediante las varianzas observadas en los aspectos generales de calidad de vida y salud, con la salud física contribuyendo de manera más importante y las relaciones sociales de menor manera. El instrumento WHOQOL-BREF ha demostrado valorar adecuadamente la calidad de vida a lo largo de diferentes culturas a lo largo del mundo, con una correlación alrededor de 0.9 con el WHOQOL-100 con un despliegue de excelente consistencia interna en todos los dominios. Cabe destacar que sigue siendo un instrumento de mayor longitud en comparación con otros, sin embargo, es precisamente este el énfasis de la necesidad de integrar suficientes dominios para una valoración holística de la calidad de vida ya que en otros instrumentos no son considerados los dominios de entorno ambiental y de las relaciones sociales del individuo. De tal manera que el WHOQOL BREF se postula como un instrumento útil para el trabajo clínico de rutina, estudios grandes epidemiológicos, así como en ensayos clínicos. (Organización mundial de la Salud, 1998)

El marco de los roles sociales y la calidad de vida puede favorecer la aparición de estrés, llegando a suceder cuando el rol social implica demasiadas obligaciones o cuando hay un conflicto entre diferentes roles o conflictos interpersonales dentro del mismo rol. Los diversos indicadores de calidad de vida como el estado financiero, condiciones generales de vida y relaciones familiares se correlacionan con manifestaciones de estrés. El estrés relacionado con el trabajo podría aumentar la

vulnerabilidad a padecer enfermedades mentales, agotamiento emocional, problemas de salud, influir en el desempeño laboral y disminuir la calidad de atención de los pacientes. En otros estudios el aumento del estrés laboral se ha asociado con una gran carga de trabajo y su efecto en la vida privada, presión laboral, quejas de pacientes y familiares, riesgo de violencia, estilo de gestión deficiente de recursos inadecuados, capacitación insuficiente, falta de control sobre su rol en su trabajo, falta de participación elecciones dentro de su área laboral, baja satisfacción profesional y acoso (Vicentic, 2013).

Los niveles elevados de estrés y fatiga emocional se han correlacionado con mayores niveles patologías del espectro de ansiedad y depresión, la edad tiende a estar asociada negativamente con agotamiento, y aunque hombres y mujeres parecen estar afectados, parecen estar afectados de manera diferente, sin haber evidencia suficiente para que diga que sexo está más afectado. (Vicentic, 2013).

El concepto de calidad de vida junto a sus usos y aplicaciones pueden ser diversas en diversas áreas como lo son en las ciencias políticas, sociología, estudios sociales de desarrollo y en medicina, se puede considerar que los cinco rubros que incluye bienestar físico (seguridad física y salud), bienestar material (pertenencias, ingresos, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (comunidad, relaciones personales, familia y amistades), desarrollo personal (productividad, su proyecto de vida, contribución económica, educación), bienestar emocional (mentalidad, autoestima, inteligencia emocional, espiritualidad y religión). Los estudios que han valorado recurrentemente a la población de médicos se han centrado únicamente en burnout, omitiendo los datos relacionados al bienestar material, emocional y desarrollo personal. (Sarmiento, 2015)

Como los sistemas de salud están siendo forzados a hacer más con menos, los médicos están experimentando un mayor estrés y agotamiento en sus lugares de trabajo, con un número creciente de pacientes más enfermos y menos recursos, los proveedores trabajan más horas y se sienten con una menor capacidad de cumplir las necesidades de los pacientes. Además, la exposición repetida a pacientes enfermos, heridos, sufriendo o muriendo puede provocar fatiga por compasión y un deterioro en los valores de calidad de vida entre los médicos, la pérdida continua de

pacientes e intensas conexiones emocionales con los pacientes requieren una autoconciencia continua y estrategias de afrontamiento para prevenir efectos perjudiciales para la salud física y emocional (Klein, 2017).

5.2.- Antecedentes específicos

En los últimos años se ha dado cada vez más importancia a la medición de nuestro concepto de salud sobrepasando los indicadores que han sido tradicionales como la mortalidad y la morbilidad, surgiendo la calidad de vida como un resultado importante en diferentes estudios de ensayos clínicos, los estudios de calidad de vida en el personal médico cada vez tienen más presencia por permitir mediante la valoración del propio individuo de su bienestar una nueva perspectiva de la vida, la mayoría de estudios de calidad de vida se enfocan en pacientes, en comparación al número menor de estudios que se enfocan en la calidad de vida de quienes provén la atención a los usuarios de los servicios de salud. Dentro del personal médico se ha confirmado que el uso del cuestionario WHOQOL-BREF provee una confiabilidad para su uso en el personal de la salud. Se ha descrito impacto en puntajes menores en dominios ambientales como lo son dificultades para obtención de recursos financieros, oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información y dificultades para actividades de ocio, se han descrito diferencias entre sexos dentro de esta población de estudio como pudiera ser menos salud psicológica en mujeres que requieren mayor investigación (Gholami, 2017).

Los estudiantes de medicina han puntuado en niveles más bajos de calidad de vida en comparación de la población general con edad y sexo iguales. Una peor calidad de vida también se ha observado en estudios en los cuales se han comparado con otros estudiantes de otras carreras universitarias. Considerando la falta de tiempo libre y la fatiga las principales razones de estas diferencias. Numerosos estudios han demostrado que altas cantidades de angustia y agotamiento en médicos se relaciona con mayor riesgo de situaciones tan graves como lo son el abuso de sustancias y suicidio. (Miguel, 2021, Vicentic, 2013)

Existen diversos estudios que han investigado el agotamiento en médicos de diversas especialidades, enfocándose en la detección de trastornos mentales y rara vez en la determinación de la calidad de vida. Son ya diversos estudios que han

demostrado que la calidad de vida y el agotamiento están vinculados de modo intrínseco. Un estudio ha sugerido que los médicos han considerado por mucho tiempo al agotamiento con un riesgo laboral y que esta sensación de desapoderamiento está vinculada con la noción de calidad de vida. Es común la tensión durante el entrenamiento médico, factores como burnout, depresión, insatisfacción laboral y baja calidad de vida, se han asociado a efectos negativos en la atención del paciente, incluyendo errores médicos mayores, errores en medicación, prácticas de cuidado subóptimas y satisfacción disminuida del paciente. El bienestar de los médicos se ha hipotetizado que contribuye a la competencia en el conocimiento médico y aprendizaje el cual puede contribuir a la competencia en la atención al paciente (West, 2011).

Existe considerable evidencia que sugiere que la insatisfacción hacia la práctica médica está incrementándose y a la vez el incremento de las alteraciones en la satisfacción profesional se ha asociado a una menor calidad de atención entre los médicos. (Keeton, 2007)

Los estudios que exploran las mediciones de la calidad de vida en los médicos que se desempeñan en diversos programas de residencia han señalado una disminución en la calidad de vida, esto puede llevar al desarrollo de síntomas depresivos, riesgo aumentado de realizar errores médicos y poner en peligro la atención y seguridad del paciente mediante errores diagnósticos y terapéuticos. Se ha encontrado una tasa elevada de problemas en la salud que altera la calidad de vida de médicos residentes y que incide en la calidad en la atención de sus pacientes. Se han descrito hallazgos que la calidad de vida de médicos residentes al ser confrontada con relación a las definiciones de vida social, vitalidad, vida emocional y salud mental ha sido comparable a las obtenidas en poblaciones de pacientes de enfermedades crónicas (Nurikhwan, 2022).

En un estudio cuya ubicación fue en el país sudamericano de Brasil en una población de médicos residentes del programa de la especialidad en medicina interna en el que se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF se evidenció el deterioro continuo a lo largo del primer año de residencia e incluso continuando durante el segundo año, además de sugerir que el promover en los médicos residentes una confianza

moderada-alta pudiera aminorar el efecto deletéreo no solo en un solo dominio como el psicológico, sino también en el físico y ambiental medidos mediante el WHOQOL-BREF, identificando que el programa deterioraba la percepción de felicidad así como agravarse con niveles altos de ansiedad y disminución de salud física. Fatiga, estrés y burnout que emergen durante el periodo de residencia médicas afectaron la calidad de vida y los niveles percibidos por los médicos con relación a su satisfacción laboral, por lo que un reforzamiento temprano de auto confianza, salud física y bienestar pueden ayudar a la prevención de impacto negativo en la calidad de vida de los residentes (Sobhonslidsuk, 2015)

Una revisión sistemática y metaanálisis entre los estudiantes de medicina brasileños describió predictores positivos asociados a los valores de la calidad de vida, como pueden ser la valoración positiva de imagen corporal, creencias religiosas, sexo hombre, tener al menos un padre médico, satisfacción con el curso de adiestramiento y tratamiento psicológico. Dentro de los factores asociados a resultados negativos se encuentran el sexo mujer, tener alguna enfermedad crónica, distancia de su lugar de origen, dificultades para dormir, IMC mayor a 30, mayores tiempos de traslado para su trabajo, estrés y síntomas psiquiátricos, siendo el mayor factor predictivo negativo la presencia de síntomas depresivos. Los autores señalan la importancia de valorar las asociaciones potenciales entre las relaciones sociales y ambientales con las diferencias de sexo (Solis, 2019)

Un estudio de Taiwán señala el aumento de médicos mujeres en los programas de residencias, señalando estudios previos en donde se identifica obstáculos debido sexismo presente debido a integrarse a un campo dominado por hombres previamente, así como describir que residentes mujeres expresan sentir mayor dificultad para desarrollar relaciones románticas que otras mujeres de su misma edad. Los largos turnos, la pobre calidad de sueño, el limitado tiempo personal, conlleva a limitaciones en el número de amistades y al estrés que pueden conllevar a la elección de pareja del tipo médico- médico como consecuencia del ambiente. El limitar las horas de trabajo puede conllevar al desarrollo de nuevos romances, mantenimiento de los romances ya establecidos, la mayor parte de las residentes expresaron que el iniciar un nuevo pasatiempo podría resultar en mejoría de oportunidades para romances y conllevar una mejora en su calidad de vida (Wang, 2012).

Se han implementado intervenciones por algunos programas de entrenamiento para mitigar el desgaste en los médicos en adiestramiento, sin embargo, la comunidad médica se beneficiaría de más evidencia de la eficacia y generalización de esas intervenciones, del desarrollo y estandarización de métodos para una identificación temprana de desgaste y otros factores adversos para una pronta intervención. Autores han descrito que los médicos pueden beneficiarse de apoyo psicológico y estrategias de afrontamiento a estrés durante las residencias para el manejo del desgaste emocional y mejora de su calidad de vida. (Klein 2017, Nurikhwan, 2022).

En estudiantes de medicina se ha sugerido que mejorar las habilidades de manejo de tiempo, la actividad física, resiliencia y empatía pueden ser factores protectores, y la depresión, ansiedad, privación de sueño y burnout actúan en dirección opuesta. (Miguel, 2021)

En un estudio en Carolina del Sur, EEUA, se estableció de manera satisfactoria acciones de promoción de bienestar en programas de residencia de neurocirugía debido a alarmantes anomalías en su salud mental, teniendo a un año de su inicio mejoras alcanzadas en los valores medidos de ansiedad, calidad de vida y somnolencia entre sus médicos en entrenamiento de especialidad. Siendo esto algo deseable a implementar en otros sitios en donde se puedan identificar características similares. (Spiotta, 2019)

En México podemos revisar que en la NOM-001- SSA3-2012 Para la organización y funcionamiento de residencias médicas describe al programa de residencia de medicina como la suma de actividades asistenciales así como todas las labores de investigación que tiene que llevar a término el médico residente dentro de las unidades médicas sede de residencia, durante el tiempo determinado en los programas académicos proporcionados y define al médico residente como el individuo que ejerce su profesión médica que se integra a una sede receptora para realizar una residencia médica con horario que impide realizar otros trabajos al tratarse de una jornada de tiempo completo. Siendo el promedio de edad para incorporarse a una especialidad médica en el país entre los 25 y 30 años, predominantemente solteros,

mayoritariamente mujeres que corresponde a la inversión de proporción hombre-mujer que ha ocurrido desde 1980. (Diario Oficial de la Federación 2022, Arias 2008)

Una exploración previa de la calidad de vida entre los residentes en Jalisco México, de la especialidad médico quirúrgica en 2004 a 2005, se identificó mediante el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, una tendencia a disminución en los valores de modo significativo en todas las escalas de sus dimensiones, realizándose por género y estado civil, siendo el empeoramiento constante. Los autores mencionan dentro de los factores asociados a este resultado el panorama laboral que predomina con sobrecarga de trabajo de manera importante en las labores presenciales y académicas, calculando un promedio de 80 horas semanales en actividades asistenciales hospitalarias, independiente a las labores extrahospitalarias. Denotando el impacto de la carencia de un horario fijo, siendo común el tener un horario completo en las sedes hospitalarias lo que afecta a diversas dimensiones dentro de la calidad de vida. Además de trastornos del sueño por la sobrecarga de trabajo, claramente asociados a una disminución en el rendimiento físico, psicológico y social. La percepción de calidad de vida percibida fue evaluada mediante los cambios ocurridos entre las cuatro semanas y los seis meses, estabilizándose en los 6 meses en adelante. Existió una constante disminución en las calificaciones de calidad de vida en las mujeres respecto a los hombres, que ha sido evidenciado en otras investigaciones. El grupo estudiado no recuperó su estado basal. Los rubros reportados más afectados fueron la función social, función psicológica y función física y el menos afectado el de bienestar social. Las mujeres obtuvieron puntuaciones de valor inferior en comparación a las de los hombres. (Arias 2008)

A estos factores se agrega que la práctica clínica durante los programas de residencia en muchas ocasiones no es supervisada ni cuenta con una retroalimentación, esto evidenciado en los controles de calidad formativa ya que el número de profesores y titulares se ve excedido en gran medida por el número de residentes. Se ha puesto en evidencia que muchos de los procedimientos y decisiones clínicas son tomadas por los médicos en adiestramiento debido a que el médico instructor responsable no acude en las horas de la noche lo cual deriva en factores adicionales de estrés durante la práctica profesional. (Sarmiento, 2015)

Los sistemas de salud de los países se apoyan en gran medida de los médicos residentes, siendo un sitio de gasto importante de los sistemas de salud para el surgimiento de nuevos especialistas. Con turnos de ocho diarias sumados a los turnos o guardias que van de las 16:00 a las 08:00 horas del día siguiente, juntando una jornada laboral de 32 horas promedio que se puede llegar a repetir hasta tres o más veces por semana. El papel del médico residente ha estado en cambio de diversas maneras, como lo ha sido en la esfera educativa y de la atención en salud, así como en el ámbito del ejercicio de sus responsabilidades. Pese a los esfuerzos de las diversas facultades de medicina para formar mejores médicos los factores como el estrés y el deterioro en la calidad de vida es cada vez más frecuente. (Sarmiento, 2015)

Es relevante señalar que, dentro de los cambios en el ambiente de programas de formación, la generación actual de residentes valora de mayor manera el tiempo libre y su estilo de vida más que la generación previa que tiende a poner el trabajo como primero. Otro cambio importante es el cambio demográfico entre las especialidades como ginecología y obstetricia en donde la mayoría son mujeres. (Keeton, 2007)

Ante los datos previos podemos denotar, las metas de cualquier programa de entrenamiento médico no deberían de enfocarse únicamente en preparar con conocimientos y habilidades médicas para el funcionamiento como médicos independientes, sino también equiparlos con las herramientas necesarias para mantener los hábitos permanentes de aprendizaje y bienestar personal, de manera que puedan llevar carreras largas, satisfactorias y productivas. Durante los programas de residencias medicas existe grandes retos para el sostenimiento de acciones propias de un modo de vida que se oriente hacia la salud, la presencia de estrés elevado, aislamiento social, despersonalización de la atención, incremento de trabajo administrativo, turnos largos y cambios de horarios de turnos con cambios en los ciclos de sueño y falta de actividad física que pueden conllevar al establecimiento de hábitos no saludables, un entorno de pobre salud mental, siendo importante destacar que se ha descrito al fenómeno de suicidio consumado como la segunda causa de mortalidad en la población de médicos residentes. Si se requiere atención médica en salud de calidad, con profesionales que estén prestos a dar lo mejor de sí mismos en

beneficio de los requisitos y premuras de la sociedad, se debe considerar de manera esencial la propia calidad de vida de los médicos residentes (Spiotta, 2019, Sarmiento, 2015).

6.- Justificación

El interés de esta investigación surge de la experiencia propia como estudiante de medicina y como médico residente, de la retroalimentación y diálogo con médicos residentes de diversas especialidades en diferentes etapas de nuestra formación. Durante la pandemia de COVID 19 ha sido evidente el desgaste de los trabajadores de la salud de manera alarmante, la medición de la calidad de vida entre los médicos residentes de las diversas especialidades puede permitir la identificación temprana de factores adversos a los que se enfrentan durante su entrenamiento y práctica médica.

La gran cantidad y variedad de retos a los que se expuestos los médicos a resolver durante la atención de pacientes, las horas laborales, las demandas académicas han demostrado estar relacionadas con disminución de rendimiento académico, menor percepción de éxito personal y una menor calidad en la atención al paciente.

Determinar los valores de calidad de vida permitirá proponer intervenciones para la mejoría en los programas académicos de formación, en los programas laborales y que podrá repercutir de manera favorable con un aumento en las condiciones de la atención de la población que solicita los servicios diversos de salud dentro del sistema de salud del estado.

7.- Planteamiento del problema

Los médicos residentes con frecuencia están bajo situaciones estresantes durante sus programas de adiestramiento lo que lleva a afectar su calidad de vida de manera negativa. Diferentes estudios han descrito el impacto negativo en el personal que formó parte de los equipos de atención de salud durante la reciente pandemia por COVID-19 lo que ha alarmado la situación del personal médico en distintos centros de atención a lo largo del mundo. El impacto negativo en la calidad de vida puede verse por la presencia de distintas patologías en salud mental que llegan a ser tan graves como los intentos suicidas o el consumir suicidio, que pudieran beneficiarse de la atención oportuna. La calidad de vida en el personal médico se ha postulado como un factor importante relacionado a la calidad en la atención, por lo que la identificación de médicos residentes con niveles bajos de calidad de vida y su posterior abordaje específico pueden ser áreas de oportunidad para la mejoría de los niveles de calidad de atención en salud del estado de Puebla.

Por lo que nos lleva a la siguiente **pregunta de investigación**; ¿Cuál es la calidad de vida de los médicos residentes de primer año del programa de especialidad en psiquiatría del Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la ciudad de Puebla?

8.- Hipótesis del problema

Los médicos residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano tienen niveles de calidad de vida bajos.

9.- Objetivos

9.1.- Objetivo principal

Determinación de la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la Secretaría de Salud de Puebla.

9.2.- Objetivos específicos:

- Comparar la calidad de vida entre los médicos residentes de psiquiatría.
- Identificar el dominio de valor más bajo según en cuestionario WHOQOL-BREF

10.- Material y métodos:

10.1.- Diseño del estudio

Tipo de estudio: Por el objetivo descriptivo, por la temporalidad transversal, por la recolección de datos prolectivo y por los componentes del grupo homodémico.

10.2.- Ubicación espacio temporal

Se realizó el estudio en el hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la secretaría de Salud del estado de Puebla, durante el mes de abril - mayo, correspondiente al sexto mes del curso de residencia de los participantes.

10.4.- Muestreo

Captación de sujetos a través de los criterios de inclusión, mediante el muestreo por conveniencia al acercarnos a los servicios del hospital para entrevistar a los médicos residentes, así como mensajería a sus números telefónicos del cuestionario y consentimiento informado en un formato de Google Forms.

10.4.1.- Definición de la unidad poblacional

Médicos residentes que se sean parte del primer grado del programa de residencia del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la secretaría de salud del estado de Puebla. Población accesible: 15

10.4.3.1 Criterios de inclusión:

- Médicos de primer año cursando su primer año de residencia
- Sede de residencia asignada en el Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano del estado de Puebla en el mes de abril-mayo de 2022.
- Consentimiento informado brindado con el correcto llenado de datos.

10.4.3.2 Criterios de exclusión:

- Médicos que no se encuentren en el hospital seleccionado debido a rotaciones o periodos vacacionales.
- Médicos de primer grado que sean rotantes de otros servicios de salud del estado de Puebla o fuera del estado.

10.4.3.3 Criterios de eliminación

- Individuos que no completen el 20% o más del cuestionario WHOQOL-BREF

10.4.3 Tamaño de la muestra

Muestra determinada por conveniencia no probabilístico.

10.5 Definición de variables y escalas de medición

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Valor	Instrumento
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al hombre y a la mujer	Sexo reportado por el individuo	Categórica dicotómica	Hombre o mujer	Entrevista
Edad	Periodo de tiempo medido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento	Reportada por el individuo	Continua Nominal	>18 en adelante	Entrevista

	de reclutamiento				
Grado académico	Posición jerárquica que ocupa según la formación y adiestramiento alcanzado	Reportada por el jefe de enseñanza.	Categoría nominal	1: Médico residente de primer año	Entrevista
Calidad de vida	Manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, matizado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia de relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.	Medidas 4 dimensionales a través del cuestionario WHOQOL-BREF Actividad física percepciones en relación con actividades diarias, dependencia de medicamentos, energía y fatiga, movilidad, dolor, sueño y descanso y capacidad de trabajo. Psicológico Percepción de Imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos,	Dimensional Ordinales	1. nada 2. un poco 3. lo normal 4. bastante 5. extremadamente	WHOQOL-BREF

		<p>autoestima, espiritualidad, religión, pensamiento, aprendizaje memoria y concentración.</p> <p>Relaciones sociales Percepción de relaciones personales, soporte social y actividad sexual.</p> <p>Ambiental Percepción de recursos financieros. libertad, seguridad física y seguridad, atención médica y social, entorno del hogar, oportunidades para adquisición de nuevas habilidades e información, participación y oportunidades en recreación, transporte.</p>			
--	--	--	--	--	--

10.6 Método de recolección de datos

Se aplicó un cuestionario en formato digital mediante la plataforma Google Forms en donde se registraban las características de edad, sexo, sede de adscripción, grado de residencia y curso de especialidad, así como el cuestionario WHOQOL-BREF, se contactaron a los médicos residentes de primer año en distintas fechas durante el mes de abril - mayo. En aquellos a quienes no se pudo contactar de manera presencial se les proporcionó el cuestionario mediante un mensaje de texto a sus teléfonos celulares obtenidos mediante el apoyo de compañeros del mismo grado. Dentro del mismo cuestionario se incluye al inicio el consentimiento informado del estudio detallando los aspectos relacionados a la participación y el manejo de información, brindándole dicho consentimiento al continuar con el llenado de la encuesta. El muestreo fue por conveniencia no probabilístico, se obtuvieron 10 respuestas al cuestionario. Se realizó el puntaje de las respuestas de los cuestionarios según las instrucciones de método manual descritas en el instructivo proporcionado por la OMS, convirtiendo los puntajes por cada uno de los cuatro dominios en valores de 0-100, en donde a mayor número mayor calidad de vida.

10.8 Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características demográficas de los sujetos de estudio, así como de los puntajes recabados mediante el cuestionario WHOQOL-BREF. La descripción se realizó mediante frecuencias y proporción y mediana (rango intercuartílico), dependiendo de la naturaleza de distribución de cada variable. Se realizó la descripción de los puntajes para la variable independiente de sexo.

Se llevó a cabo un análisis comparativo de los puntajes obtenidos en cada dominio por sexo, evaluando la diferencia de los puntajes de cada uno de los dominios. La significancia estadística se estimó mediante la prueba no paramétrica de suma de rangos de Wilcoxon, ya que la muestra contaba con solo 10 observaciones.

El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico STATA® 15.1. Se consideró un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

10.9.- Diseño estadístico

Según la naturaleza de cada variable se establecieron frecuencias y proporción y media y desviación estándar.

10.9.1.- Hipótesis estadística

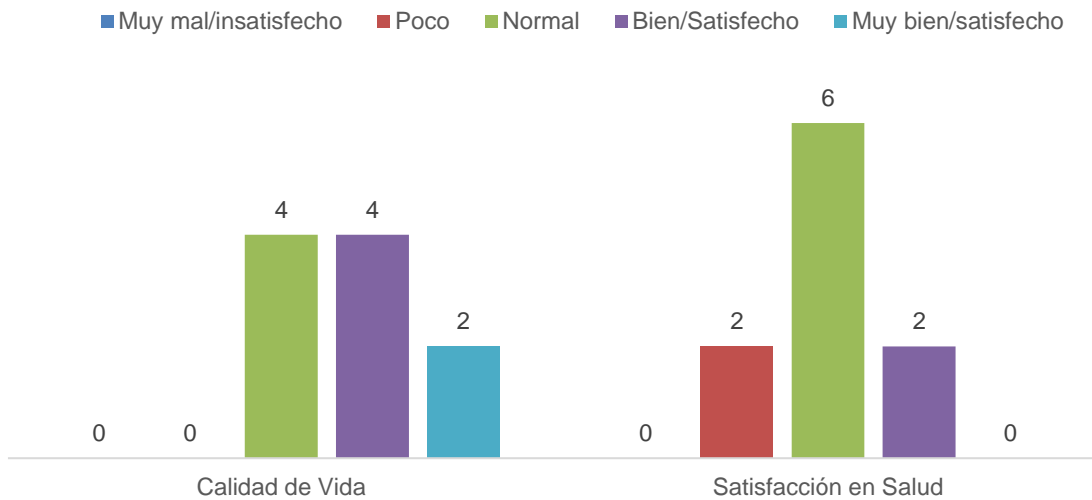
Hipotesis nula: La calidad de vida de los médicos residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico es alta.

Hipotesis alternativa: La calidad de vida de los médicos residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico es baja.

11.-Resultados

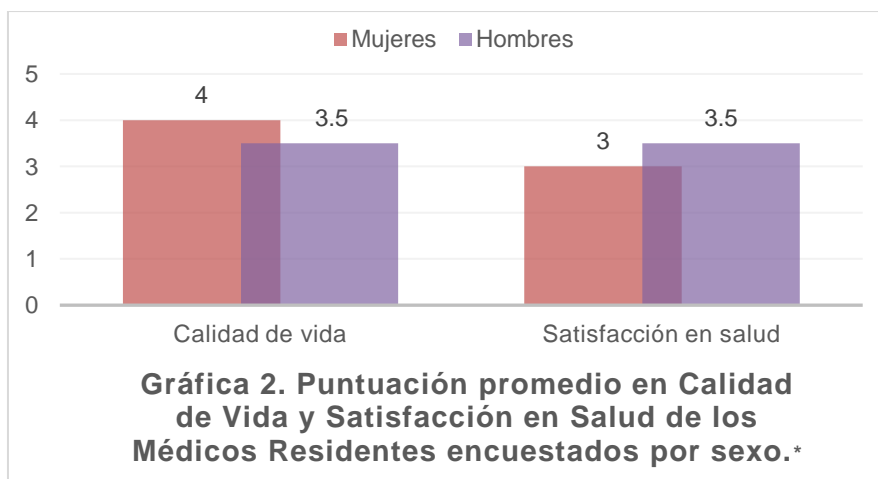
Se obtuvieron 10 respuestas al cuestionario las cuales fueron analizadas tras verificar que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Se observó un porcentaje de 80.0% de mujeres (8 participantes) y 20.0% de hombres (2 participantes), con edad de entre 25 y 30 años (mediana 27.5 años, rango intercuartílico [RI] 26-30 años), sin diferencia significativa de edad entre mujeres (27.5, RI 26.5-29.5 años) y hombres (27.5, 25-30 $p=0.894$). Todos los participantes del estudio pertenecían al Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y eran residentes de primer año de psiquiatría.

Con base en los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF, los médicos residentes encuestados autocalificaron su calidad de vida con una mediana en 4 (RI 3-4) dentro de una escala de 1 a 5, siendo el 3 (“Normal, ni bien ni mal”) y 4 (“Bastante bien”) las calificaciones más seleccionadas (Gráfica 1). Sobre la satisfacción de su estado de salud, los residentes calificaron con una mediana en 3 (RI 3-3) dentro de una escala de 1 a 5; la categoría más votada fue “Normal, ni satisfecho ni insatisfecho” (Gráfica 1).



Gráfica 1. Respuestas en relación a Calidad de Vida y Satisfacción del estado de Salud de los Médicos Residentes encuestados

Las puntuaciones sobre calidad de vida y satisfacción del estado de salud para cada sexo se muestran en las gráficas 2. Se observa una ligera mayor puntuación de la calidad de vida autorreportada por las mujeres, sin que mostrara significancia estadística comparado con los hombres ($p=0.576$), mientras que la satisfacción en salud fue ligeramente mayor en hombres, no estadísticamente significativo ($p=0.236$) (Gráfica 2).



Gráfica 2. Puntuación promedio en Calidad de Vida y Satisfacción en Salud de los Médicos Residentes encuestados por sexo.*

* Se reporta la mediana para cada categoría

Basado en la interpretación del cuestionario WHOQOL-BREF, existen 4 dominios que evalúan aspectos diferentes con relación a la calidad de vida: aspecto físico, psicológico, social y ambiental. En la tabla 1 se observan los puntajes para cada uno

de los dominios de los residentes encuestados. El dominio ambiental relacionado a la calidad de vida fue el que presentó el valor más bajo (mediana 38, [RI 31-38]).

Tabla 1. Puntajes de los 4 dominios del cuestionario WHOQOL-BREF por sexo de los Médicos Residentes de 1er año encuestados. *

Dominios	General 10 (100%)	Sexo		<i>p</i> [†]
		Mujer 8 (80%)	Hombre 2 (20%)	
Físico	66 (50 – 81)	66 (56.5 – 75)	62.5 (25 – 100)	1.000
Psicológico	59.5 (44 – 69)	59.5 (47 – 66)	62.5 (44 – 81)	0.792
Social	62.5 (50 – 81)	62.5 (50 – 78)	62.5 (25 – 100)	0.895
Ambiental	38 (31 – 38)	38 (34.5 – 38)	53 (25 – 81)	1.000

* Puntajes reportados como medianas (rango intercuartílico).

† Valor de *p* estimado mediante prueba no paramétrica de suma de rangos de Wilcoxon.

Respecto al dominio físico de la calidad de vida, la mediana del puntaje promedio fue 66 (RI 50-81), sin observar diferencia entre sexos ($p=1.000$). En el dominio psicológico, la mediana en el puntaje general para todos los encuestados fue 59.5 (RI 44-69); no se observó diferencia significativa entre sexos ($p=0.792$) (Tabla 1).

El puntaje en el dominio social para todos los residentes se presentó con una mediana de 62.5 (RI 50-81), con una mediana igual para hombres y mujeres. En el aspecto ambiental de la calidad de vida, el puntaje general tuvo una mediana de 38 (RI 31-38), con un puntaje ligeramente mayor en hombres (53 [RI 25-81]) que en mujeres (38 [RI 34.5 – 38]), sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa ($p=1.000$)

12.- Discusión

En relación con nuestra hipótesis pudimos establecer que se comprobó. Esto tomando en cuenta que en nuestros resultados encontramos valores de calidad de vida bajos similares a los reportados en otros estudios. Nuestro trabajo mostró la calidad de vida en 10 residentes del programa de especialidad en psiquiatría a 5 meses de inicio de su programa académico, en donde obtuvimos resultados de valores de dominios similares a excepción del valor en dominio físico, a los reportados por Sobhonslidsuk en 2015 en una muestra de 38 residentes de medicina interna, en donde reportaron puntajes de WHOQOL-BREF al día 100 con los valores de 42.67

en el dominio físico, 57.24 en el dominio psicológico, 63.38 en el dominio social y 54.69 en el ambiental. (Sobhonslidsuk, 2015). Se puede relacionar a que los horarios laborales menos exigentes impacten de manera favorable en el dominio físico.

Podemos mencionar que Muñoz-Cobo en 2021, en una población de 404 médicos residentes españoles de primer a quinto grado (80 residentes de primer año) durante la pandemia de COVID-19 reportaron mediante el uso del instrumento WHOQOL-BREF medias en los dominios de 2.81±0.03 en salud física, 3.39±0.03 en el dominio de salud psicológica, 3.39±0.05, en el dominio ambiental 3.48 ±0.03 y una calidad de vida global de 3.27 ±0.03, discretamente mayor a la encontrada en nuestro trabajo (3.03 ± 0.96) cabe destacar que se encontró un mayor calidad de vida en los residentes de primer año en comparación a los de años superiores que asocian menor responsabilidad y cansancio, encontrando que los turnos de guardia afectaron negativamente a la calidad de vida.

Es importante señalar que frecuentemente sucede un cambio de vivienda durante las residencias médicas, otros estudios como Prieto-Miranda y col han señalado que algunos médicos consideran con suma importancia el cambio de domicilio, otros estudios han señalado como el involucramiento de conocer nuevas amistades, el enfrentarse a nuevos objetivos profesionales han mediado de manera importante su calidad de vida. Otros estudios han relacionado fuertemente la satisfacción de los residentes con el ámbito académico y laboral. Se ha señalado que al estar involucrados dentro de las áreas de salud esto también ha facilitado el acceso a la salud de los médicos en formación. El tener turnos de guardias se ha relacionado con el desánimo, fatiga, pesimismo, pérdida de la capacidad de experimentar placer, aislamiento social, irritabilidad y falta de cuidado hacia uno mismo conllevando alteraciones en las relaciones profesionales, sociales y familiares. (Muñoz-Cobo Orosa, 2022)

Cabe destacar que se esperaba que el dominio físico fuera el más bajo dentro del estudio como sugieren los datos reportados por Prieto-Miranda que señalaban la mayor afectación en el ámbito físico. Sin embargo, fue el dominio ambiental el de menor valor, que podría corresponder al entorno de inseguridad actual que se vive en el estado de Puebla y del país. Notoriamente Sobhonslidsuk y colegas dan seguimiento de dos años en donde reportan que el dominio psicológico continúa decayendo mientras el resto no tienen un cambio significativo, consideramos que sería deseable poder continuar el seguimiento de los residentes de los diversos

hospitales del estado para comparar la evolución de sus valores de calidad de vida, al mismo tiempo el obtener una mayor participación por otras vías de alcance a los médicos residentes puede considerarse, debido a que durante el acercamiento observamos poco interés e incluso rechazo por algunos médicos residentes, llegando a escuchar frecuentemente bromas de personal médico, pudiendo especular dentro de los motivos de este fenómeno la gran carga laboral que constantemente viven los médicos en sus programas de residencia, el estigma que aún prevalece en la sociedad sobre la salud mental así como el temor a represalias por superiores.

Dentro de las limitaciones encontradas destaca el tamaño de muestra pequeño. También sería de utilidad realizar una medición basal junto al inicio de los programas académicos para poder dar un seguimiento y poder identificar factores a lo largo del tiempo que pudieran ser ventanas de oportunidad a establecer prevención a los factores asociados de manera negativa a la calidad de vida.

Otros aspectos no considerados son la medición de la percepción de la calidad de atención recibida por la población, la calidad de vida a nivel profesional de los médicos de los programas de residencia. Consideramos este trabajo como una oportunidad de continuar los esfuerzos de evidenciar las necesidades de cambios positivos en el entorno de adiestramiento de los programas de salud, pudiendo ser este la base de un seguimiento longitudinal de esta población permitiendo la implementación de diversas intervenciones que mejoren el bienestar de los médicos que podrá reflejarse en médicos con mejores habilidades profesionales, emocionales que logren un mayor beneficio a la población que atienden.

13.- Conclusiones

- La calidad de vida autorreportada por los médicos residentes de primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de la ciudad de Puebla, presentó una mediana de 4 (RI 3-4) en una escala del 1 al 5, no se observó diferencia significativa entre sexos.
- Por otro lado, la satisfacción del estado de salud de esos mismos médicos residentes tuvo una mediana en 3 (RI 3-3); en este ámbito, no se encontró diferencia entre sexos ($p=0.236$).
- De los diferentes aspectos de la calidad de vida evaluados por el WHOQOL-BREF, el dominio que presentó un menor puntaje fue el ambiental (mediana

38, [RI 31-38]. Ninguno de los dominios (físico, psicológico, social o ambiental) tuvo diferencias entre sexos.

- La calidad de vida de los médicos residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano puede beneficiarse de diversas intervenciones propuestas en diversos estudios como lo son la restricción de horarios laborales, el acceso a programas de resiliencia, autocuidado, aumento de capacidad de empatía, mayor supervisión por médicos adscritos, que pueden conllevar a una mayor calidad en la atención en salud de la población del estado.
- Los programas de formación requieren modificar las ideologías arraigadas que asocian a niveles elevados de demanda, estrés y fatiga con un médico de calidad, las autoridades educativas deben promover esfuerzos para el bienestar material, social, desarrollo personal y emocional de los futuros médicos especialistas del país.

14.- Bibliografía

Arias, A. J., Vargas, F., & Hernández, M. R. (2008). Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Med Int Mex*, 24(1), 16–21.

Busireddy, K. R., Miller, J. A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R., & Panda, M. (2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(3), 294-301.

doi:10.4300/jgme-d-16-00372.1

DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013

Gholami, A., Jahromi, L. M., Zarei, E., & Dehghan, A. (2013). Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(7), 809–817.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24049600/>

Klein, C. J., Riggerbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & Mcgarvey, J. S. (2017). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(6), 882-888. doi:10.1177/1049909117740848

Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R. B., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology*, 109(4), 949–955.

<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000258299.45979.37>

Miguel, A. de Q. C., Tempski, P., Kobayasi, R., Mayer, F. B., & Martins, M. A. (2021). Predictive factors of quality of life among medical students: results from a multicentric study. *BMC Psychology*, 9(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00534-5>

Muñoz-Cobo Orosa, B., Pérez García, M., Rodríguez Ledott, M., Varela Serrano, C., & Sanz Valero, J. (2022). Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Medicina y*

seguridad del trabajo, 67(264), 169–190. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000300004>

Nurikhwan, P. W., Felaza, E., & Soemantri, D. (2022). Burnout and quality of life of medical residents: a mixed-method study. *Korean Journal of Medical Education*, 34(1), 27–39. <https://doi.org/10.3946/kjme.2022.217>

Sarmiento, P. J., & Parra Chico, A. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Persona y bioetica*, 19(2), 290–302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.2.8>

Sobhonslidsuk, A., Thakkinstian, A., & Satitpornkul, P. (2015). Health-related quality of life and happiness within an internal medicine residency training program: a longitudinal follow-up study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 12, 3. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.3>

Solis, A. C., & Lotufo-Neto, F. (2019). Predictors of quality of life in Brazilian medical students: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 41(6), 556–567. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0116>

Spiotta, A. M., Fargen, K. M., Patel, S., Larrew, T., & Turner, R. D. (2019). Impact of a residency-integrated wellness program on resident mental health, sleepiness, and quality of life. *Neurosurgery*, 84(2), 341–346. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy112>

Stockman, J. (2013). Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge Among Internal Medicine Residents. *Yearbook of Pediatrics*, 2013, 350-352. doi: 10.1016/j.yaped.2011.12.003

THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the world health organization

WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k

Vicentic, S., Gasic, M. J., Milovanovic, A., Tosevski, D. L., Nenadovic, M., Damjanovic, A., . . . Jovanovic, A. A. (2013). Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists. *Work*, 45(1), 129-138. doi:10.3233/wor-121484

Wang, Y.-J., Hsu, K.-L., Chang, C.-S., & Wu, C.-H. (2012). Interrelationships between romance, life quality, and medical training of female residents. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, 75(8), 402–408. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.06.009>

West, C. P., Shanafelt, T. D., & Kolars, J. C. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 306(9). <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247>

WHOQOL: Measuring Quality of Life. (2014, March 11). Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

15.- Anexos

15.1 Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento?	1	2	3	4	5

	médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas					

	cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cuán satisfecho está con su	1	2	3	4	5

	capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con	1	2	3	4	5

	su transporte ?					
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

15.2 Consentimiento informado

Calidad de vida WHOQOL-BREF

Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas.

A continuación se presenta este formulario digital con la finalidad de realizar una determinación de su calidad de vida con un instrumento validado por la Organización

Mundial de la Salud. Dicha información será recabada para la realización del proyecto de investigación de la determinación de dicha variable entre los médicos residentes de primer año de la Secretaría de Salud. Su participación es voluntaria y la información recabada será manejada de manera confidencial respetando el anonimato de sus datos y haciendo uso de los mismos únicamente para fines de esta investigación. Si usted tiene alguna duda en relación al uso de sus datos o desea saber más sobre la investigación puede contactar al correo: "joel.ventura.guillen@gmail.com". Si está de acuerdo en participar por favor continúe con el llenado del formulario.

Yo he leído y comprendido la información proporcionada y expreso mi consentimiento voluntario de participar en esta investigación.

Escriba su nombre completo