

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES”

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en médicos residentes de las especialidades de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt, enero - febrero de 2015.

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Silvia Gabriela Alvarez Rodriguez
Kevin Armando Portillo Koberne
Edith Regina Reynoso Vásquez
José Miguel Salazar Argueta**

Médico y Cirujano

Guatemala, marzo de 2015



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Silvia Gabriela Alvarez Rodriguez	200816960
Kevin Armando Portillo Koberne	200810082
Edith Regina Reynoso Vásquez	200810029
José Miguel Salazar Argueta	200817124

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en médicos residentes de las especialidades de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt, enero - febrero de 2015.

Trabajo tutorado por el Dr. Luis Fernando Torres Arreaga y revisado por el Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veinticuatro días de marzo del dos mil quince.



DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
Médico y Cirujano
Col. 4924



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN**

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Silvia Gabriela Alvarez Rodriguez	200816960
Kevin Armando Portillo Koberne	200810082
Edith Regina Reynoso Vásquez	200810029
José Miguel Salazar Argueta	200817124

han presentado el trabajo de graduación titulado:

"SALUD MENTAL EN MEDICOS RESIDENTES"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en médicos residentes de las especialidades de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt, enero - febrero de 2015.

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Edgar de León Barillas, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veinticuatro de marzo del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador**



Guatemala, 24 de marzo del 2015

Doctor

Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Silvia Gabriela Alvarez Rodriguez

Kevin Armando Portillo Koberne

Edith Regina Reynoso Vásquez

José Miguel Salazar Argueta



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES”

**Estudio descriptivo de corte transversal realizado en médicos
residentes de las especialidades de Anestesia, Cirugía,
Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt,
enero - febrero de 2015.**

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor
Dr. Luis Fernando Torres Arreaga
Firma y sello



Revisor
Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán
Firma y sello

DR. ENRIQUE PÉREZ JORDÁN MSc.
Medicina Interna
Colegiado 8674

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Nada nos da más gusto que manifestar nuestro más sincero agradecimiento a:

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal, Decano

Dr. Adolfo Enrique Pérez Jordán, Revisor

Dra. Vivian Karina Linares Leal, Asesora

Dr. Luis Fernando Torres Arreaga, Tutor

Por su apoyo y colaboración en la realización de este trabajo.

Al Hospital Roosevelt y a todos los residentes que amablemente participaron.

A la Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala por ser la fuente de nuestro conocimiento.

DEDICATORIA

A ti mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A La Santísima Virgen por siempre acercarme a su hijo Jesucristo y brindarme su protección.

A Mi Madre y Padre, Cristy y Bernardo por su lucha, sacrificio y esfuerzo constante; este logro mío es suyo, por su amor y amistad incondicional porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

A mis tías, Silvia y Caty por ser siempre mis ángeles guardianes. Gracias por quererme y cuidarme como si fuera su hija. Y a mí tío Álvaro por su apoyo y cariño.

A mis Hermanos, Lucia y Oscar quienes ocupan un lugar muy importante en mi corazón.

A mis abuelos, quienes hoy descansan en los brazos del Señor y a pesar de ello son mi motivación para ser una mejor persona. Catalina del Cid este logro es para ti.

A mis padrinos, Ligia y Luis por siempre manifestarme su apoyo y cariño.

A mis tíos y mi familia en general, quienes directa o indirectamente estuvieron apoyándome, pidiéndole a Dios por mí.

A Regina, Kevin y José, por hacer de este recorrido una emocionante aventura. Por ser los acompañantes perfectos en este camino. Por su amistad, paciencia y alegría.

A Sofía y Gaby por brindarme siempre su amistad y apoyo.

A Charleston por los recuerdos que hoy me llenan de Alegría.

A la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas 2011-2012, por compartir sus conocimientos y experiencia de vida.

A las familias: Reynoso Vásquez, Portillo Koberne y Salazar Argueta por sus muestras de cariño y apoyo incondicional.

SILVIA GABRIELA ALVAREZ RODRIGUEZ

DEDICATORIA

A Dios, gracias por cada logro y cada caída ya que son parte del plan que me vuelve una mejor persona a la Virgen María porque mi corazón marista le pertenece y por lo tanto todo lo que haga con pasión será en su nombre.

A mi Mamá, la persona que me enseñó que el amor es la fuerza más grande que puede mover al mundo y que una sonrisa es la mejor arma para llegar al corazón de los demás. Gracias por ser la alegría de mi vida. A mi Papá, la persona que me demostró que el trabajo duro y la constancia son los ingredientes más importantes del éxito, este es el fruto compartido de esa dedicación que nos has dado todo este tiempo

A mis padrinos, por ser un apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida y ayudarme a ser la mejor versión de mi mismo, mis hermanas, por ser un ejemplo y haber formado un camino que me ayudó a llegar hasta donde me encuentro hoy, a mis abuelos porque desde lejos ellos son una luz que guiará el resto de mi vida. A mis sobrinos, tíos y primos tanto en Guatemala, Alta Verapaz, y Estados Unidos, gracias por todo ese amor que me han dado y por llenar mi corazón de cariño tanto los que están aquí compartiendo nuestro triunfo como los que nos acompañan desde el cielo con una sonrisa.

José, Gaby y Regina, las tres personas con las que he compartido victorias y lágrimas, le han dado a esta carrera y a mi vida el mejor ingrediente que existe, la amistad incondicional. Gracias por todos estos años y por todos los que faltan. A Diego Arrivillaga por demostrarme que la vida no se mide en horas o minutos sino en momentos y ya sean estos buenos o malos agradezco estar recorriendo este camino con mi mejor amigo. A mí querido Charleston, mi segunda familia, es un privilegio haber crecido como persona y como profesional junto a ustedes y me llena de orgullo compartir este logro con seres tan especiales para mí.

A todos los que formaron parte de mi aprendizaje, maestros, compañeros, externos, internos y residentes, debemos de formar una nueva salud para nuestra Guatemala y confío en que junto este maravilloso grupo de médicos lo lograremos.. Por último a mis pacientes y a sus familias, gracias por recibirme con tanto amor en algunos de sus peores momentos y dejarme ser parte de un alivio. Espero haber dado lo mejor de mí para ustedes y seguir así el resto de mi vida.

KEVIN ARMANDO PORTILLO KOBERNE

DEDICATORIA

A Dios que me ha acompañado en todo momento, me ha dado fuerza en mis momentos de debilidad, consuelo en los momentos difíciles y me ha bendecido inmensamente guiando mi camino.

A la Virgen María que nunca me ha abandonado, y sé que ha intercedido en cada paso de mi camino.

A mis papás quienes lo han dado todo por mí y han trabajado para ser el viento de mis alas y el cimiento de mi futuro. A mis hermanas, Paula y Beatriz por siempre cuidarme como su hermanita. Los quiero infinitamente y es gracias a ustedes que el día de hoy cumplo esta meta. Mi mayor anhelo es que siempre puedan sentirse orgullosos de mí.

A mis amigos, de nada valdría cada historia sin alguien con quien compartirlas, gracias por acompañarme en las alegrías y en las tristezas. A “Charleston” porque estos años de universidad no hubieran sido lo mismo sin ustedes, gracias por todos los recuerdos.

A Gaby, Jose y Kevin, no hubiera podido pedir un mejor equipo, gracias porque siempre hemos estado en el mismo barco y así como hemos compartido las dificultades y los obstáculos, hoy compartimos este logro, juntos como lo hemos hecho los últimos 7 años. Ustedes más que mis amigos se han convertido en parte de mi familia.

A mi tía Me, aunque no logre llegar a tiempo para ser su doctora, ella ha estado conmigo en cada paciente.

A mis pacientes porque con ellos aprendí mucho más que medicina y el poder servirlos hace que este camino tenga sentido.

"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota."

Madre Teresa de Calcuta

EDITH REGINA REYNOSO VASQUEZ

DEDICATORIA

A Nuestro Padre Celestial y Su Hijo Jesucristo, por iluminar mi camino, por ayudarme a adquirir conocimiento y así ayudar a las personas. Agradezco inmensamente por nunca dejarme solo y poner en mi vida a las personas correctas.

A mis padres, Norma y Miguel. Sin su guía, amor, paciencia y apoyo esto no sería posible. Gracias por acompañarme en este camino, por dame un empujón cuando lo necesité. Su ejemplo y trabajo a lo largo de este tiempo está dando los primeros frutos y estoy seguro que vendrán más.

A mis hermanos, Eddy, Sandy y Jessica. Como su hermano mayor quiero hacerles saber algo: si yo recorro 100 metros, ustedes deberán recorrer 1000. Nada me haría más feliz que el saber que ustedes lograrán más de lo que yo he logrado.

A mis abuelas, Agui y Mamamary. Gracias por cuidar de su nieto más grande. Espero que al pasar los años pueda ser tan trabajador, fuerte y paciente como ustedes.

A la familia Argueta Bull, porque a lo largo de los años siempre han estado a mi lado. Su alegría y amistad ha llenado mi vida y sé que lo seguirá haciendo.

A los que Nuestro Padre Celestial ha llamado a su presencia: Abuelito Rafa, Polito, Papaguicho y Mamariana. El mejor regalo que pudieron darle a mis padres fue el ejemplo. Sus enseñanzas hicieron de ellos lo que son hoy. Les envío mi amor y profundo agradecimiento hasta el cielo, ya sean 6 meses o 24 años los que compartí con ustedes, dieron a mi vida grandes lecciones.

A la familia Guerra López, gracias por recibirme innumerables veces en su hogar. A mi mejor amiga Lorelai, 21 años de amistad no vienen solos. ¡Qué felicidad saber que continuaremos éste camino juntos, ahora como médicos y cirujanos!

A Kevin, Silvia y Regina, ¡qué aburridos hubieran sido estos 7 años sin ustedes! Espero poder seguir disfrutando de su compañía y que nuestra meta sea siempre hacer de este pedacito de tierra que Dios nos confió un lugar mejor.

A Charlestone, por su increíble amistad y la alegría que aportan a mi vida.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo dondequiera que vayas”.

Josué 1:9

JOSÉ MIGUEL SALAZAR ARGUETA

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la situación de salud mental en base a atención selectiva, autoestima, empatía y estrés en médicos residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero de 2015.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Roosevelt en 200 médicos residentes de las especialidades de: Anestesiología, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Se aplicó el test de Rosemberg, test de atención d2, test de Empatía Cognitiva y

Afectiva (TECA), test de Escalas de Apreciación del Estrés (EAE). Se utilizó una boleta de recolección de datos para obtener información sobre fecha de último turno, año de residencia,

horario laboral semanal y especialidad. **RESULTADOS:** Los residentes del Hospital Roosevelt presentaron un nivel elevado de autoestima (91.5%), nivel medio de estrés laboral (49%), un nivel

medio de atención selectiva (77.5%) y niveles óptimos de empatía (45%). La empatía es el único enfoque que se vio afectado por un mayor número de horas laborales semanales, presentando un

nivel extremadamente bajo en un 21% de los residentes evaluados. **CONCLUSIONES:** Los residentes de segundo año presentaron mayor afección en todos los enfoques de salud mental,

manifestando menor nivel de autoestima, porcentajes más altos en la categoría de empatía extremadamente baja, altos niveles de estrés laboral y de forma menos pronunciada, un porcentaje

menor de niveles altos de atención. Se determinó que el enfoque de autoestima no tuvo diferencias entre los grupos de residentes de diferentes especialidades; por su parte los residentes de Cirugía

consiguieron mejores resultados en atención selectiva, Anestesia presentó los niveles más altos de estrés laboral y Ginecobstetricia obtuvo el mayor porcentaje de niveles óptimos de empatía.

Palabras clave: *Salud Mental, Autoestima, Atención, Empatía, Estrés.*

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	5
2.1	Objetivo general	5
2.2	Objetivos específicos	5
3.	MARCO TEÓRICO	7
3.1	Contexto	7
3.2	Salud mental	8
3.2.1	Definición	8
3.3	Atención	9
3.3.1	Definición	9
3.3.2	Fisiología.....	10
3.3.3	Características	11
3.3.4	Procesos psicológicos de atención.....	12
3.3.5	Test de atención D2	13
3.3.6	Estudios sobre atención	13
3.4	Autoestima	16
3.4.1	Definición	16
3.4.2	Dimensiones.....	18
3.4.3	Evaluación: Test de Rosenberg	19
3.4.4	Estudios sobre autoestima.....	20
3.5	Empatía.....	21
3.5.1	Definición	21
3.5.2	Empatía Afectiva y Cognitiva	23
3.5.3	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	25
3.5.4	Estudios sobre empatía.....	30
3.6	Estrés	32
3.6.1	Definición	32
3.6.2	Fases del estrés	32
3.6.3	Test Escalas de Apreciación del Estrés (EAE)	33
3.6.4	Estudios sobre estrés.....	34
4.	POBLACIÓN Y MÉTODOS	37
4.1	Tipo y diseño de la investigación.....	37
4.2	Unidad de análisis.....	37
4.2.1	Unidad primaria de muestreo:	37

4.2.2	Unidad de análisis:.....	37
4.2.3	Unidad de información.....	37
4.3	Población y muestra.....	37
4.3.1	Población o universo:.....	37
4.3.2	Marco muestral:.....	37
4.3.3	Muestra:	37
4.3.4	Tamaño de la muestra:	37
4.3.5	Métodos y técnicas de muestreo:	37
4.4	Selección de los sujetos de estudio	38
4.4.1	Criterios de inclusión.....	38
4.4.2	Criterios de exclusión	38
4.5	Enfoque y diseño de la investigación.....	38
4.6	Medición de las variables.....	39
4.7	Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	41
4.7.1	Técnicas de recolección de datos	41
4.7.2	Procesos	41
4.7.3	Instrumentos de medición	41
4.8	Procesamiento de datos.....	46
4.8.1	Procesamiento	46
4.8.2	Análisis de datos.....	50
4.9	Límites de la investigación	51
4.9.1	Obstáculos	51
4.9.2	Alcances	51
4.10	Aspectos éticos de la investigación.....	51
4.10.1	Principios éticos generales	51
4.10.2	Categoría de Riesgo	52
5.	RESULTADOS.....	53
6.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	59
7.	CONCLUSIONES	65
8.	RECOMENDACIONES	67
8.1	Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	67
8.2	Al Hospital Roosevelt.....	67
8.3	A las Jefaturas de Departamento	67
8.4	A la Facultad de Ciencia Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala	67
9.	APORTES.....	69
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

11.	ANEXOS.....	79
11.1	Contextualización del área de estudio	79
11.2	Tablas.....	80
11.3	Consentimiento informado.....	82
11.4	Boleta de recolección de datos.....	84

1. INTRODUCCIÓN

Los médicos en formación sufren mayores grados de estrés en comparación con estudiantes de otras carreras ya que tienen más años de estudio, exposición a la muerte y contenido educacional combinado con el alto nivel de demanda académica, falta de tiempo de recreación, problemas financieros, entre otros. Estos factores son potencialmente responsables de un menor rendimiento académico, alta tasa de suicidio, depresión, problemas matrimoniales, síndrome de burnout y disfunción profesional. **(1,2)**

Dentro de este contexto, el sistema de salud en Guatemala, cuenta solamente con dos hospitales nacionales de referencia: Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt. Estas dos instituciones son las que mayor cantidad de pacientes atienden al año, ya que según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en 2013, se atendieron 17 millones de consultas. **(3)** Esto satura y colapsa la red de servicios de salud con la consecuente precariedad y deshumanización del sistema **(4)**, que se entiende como consecuencia de la excesiva carga de trabajo y horario de trabajo extenuante a los que son sometidos los médicos residentes que laboran en las distintas especialidades.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ejecutó en 2010, el Programa de Salud Mental y Manejo de Estrés, con el propósito de brindar a los médicos residentes técnicas que los ayuden a manejar el estrés en los centros de trabajo, para aumentar la eficiencia en la conducción profesional y personal. Esto es de gran importancia si se analiza que el Seguro Social cubre un aproximado del 17% de la población, mientras que el Sistema de Salud Nacional cubre la gran mayoría restante. **(5)**

Por lo tanto, es evidente que se ha afectado de alguna manera la salud en general de los médicos en formación, y con ello su salud mental. La OMS define excelentemente la salud como: "... un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". **(6)** Asimismo, propone una definición reciente de salud mental: "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". **(6)** Este estudio trabaja en base a esta definición, de donde se obtienen aspectos de autoestima, estrés, atención y empatía, respectivamente.

Se han realizado estudios donde se evalúan estos aspectos, como el de Firth-Cozens (Londres, 1999), quien estudió el grado estrés en profesionales de la salud, donde encontró que el 32% de los residentes se encontraban por encima de límite superior y que esta cifra aumentaba hasta el 42% en el primer año de residencia, para estabilizarse alrededor del 30% en los años siguientes. (7) En 2000, Ginnari G, et al. realizaron en Caracas un estudio en tres hospitales donde se midió la autoestima del personal médico, donde encontraron que en uno fue normal mientras que en los otros dos hospitales se encontraba por encima del valor estándar alto, que coincidía con mejores condiciones laborales. (8) Por otro lado, Castaño et al. (2006) reportaron prácticas subóptimas en cuanto a comunicación y manejo de los pacientes, tanto desde el punto de vista de éstos y de los propios médicos. También mencionan que esta percepción puede estar influida debido a que los médicos frecuentemente evitan implicarse emocionalmente con sus pacientes, omitiendo dar información que puede resultar incómoda para los dos, evitando así una vinculación emocional a la situación misma. Los autores mencionan que “los profesionales que no tienen experiencia ni entrenamiento en responder a las necesidades emocionales de sus pacientes, pueden sentirse vulnerados e incapacitados para dar respuestas. Este caso puede ser el trato impersonal empleado de forma voluntaria e intencional para mantener al paciente tranquilo durante la consulta, pero también puede ser una conducta automática, en la medida en que los pacientes se han convertido en objetos de la atención del profesional.” (9) Existe también evidencia que largos períodos de trabajo pueden afectar las funciones cerebrales como la memoria y la rapidez del procesamiento mental y que la disrupción del ritmo circadiano debido a un patrón de sueño descontrolado genera estrés psicológico, que podría ser la etiología de la afectación del funcionamiento cerebral; tal como lo menciona Stucky et al. en un estudio realizado en 2009. (10) En aspectos más clínico-patológicos Aguilar-López et al., evaluaron médicos residentes en el año 2000, donde encontraron que más de la mitad cumplieron criterios para un diagnóstico psiquiátrico clínicamente identificable como episodio depresivo mayor actual o riesgo suicida. (11)

Los médicos en formación no son diferentes, desde el punto de vista epidemiológico, del resto de la población en la probabilidad de sufrir alteraciones en su estado de salud mental. Es por ello que este estudio se planteó las siguientes preguntas: ¿Cómo está afectada la salud mental, en base a la atención selectiva, autoestima, empatía y estrés en médicos residentes del Hospital Roosevelt? ¿Cuál es el nivel de estos enfoques de médicos residentes del Hospital Roosevelt? ¿Cuál es el enfoque de salud mental que se ve más afectado por un mayor número de horas laborales semanales? ¿Qué diferencia existe entre el año de residencia y la afectación de cualquiera de los

enfoques de salud mental? ¿Cuál es la situación de salud mental en sus diferentes enfoques según la especialidad médica?

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 200 médicos residentes de las especialidades de Anestesiología, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt, en los meses de enero a febrero de 2015. Se obtuvo información sobre fecha de último turno, año de residencia y horario laboral semanal.

Los residentes del Hospital Roosevelt presentaron un nivel elevado de autoestima (91.5%), nivel medio de estrés laboral (49%), un nivel medio de atención selectiva (77.5%) y niveles óptimos de empatía (45%). La empatía es el único enfoque que se vio afectado por un mayor número de horas laborales semanales, presentando un nivel extremadamente bajo en un 21% de los residentes evaluados. Los residentes de segundo año presentaron mayor afección en todos los enfoques de salud mental, manifestando menor nivel de autoestima, porcentajes más altos en la categoría de empatía extremadamente baja, altos niveles de estrés laboral y de forma menos pronunciada, un porcentaje menor de niveles altos de atención. Se determinó que el enfoque de autoestima no tuvo diferencias entre los grupos de residentes de diferentes especialidades; por su parte los residentes de Cirugía consiguieron mejores resultados en atención selectiva, anestesia manejaba los niveles más altos de estrés laboral y Ginecobstetricia obtuvo el mayor porcentaje de niveles óptimos de empatía.

Este estudio puede contribuir a desarrollar estrategias que permitan crear un ambiente laboral menos estresante, donde los médicos en formación se puedan desenvolver en todos los ámbitos de su vida, permitiendo el mejoramiento del desempeño laboral y de la productividad; puesto que un personal involucrado con mejor salud mental, brindará un servicio eficiente, efectivo y cálido a la comunidad. Además, es necesario para caracterizar y perfilar al médico residente que ingresa a un posgrado, y al que se le ha dado muy poca importancia a su bienestar psíquico, contribuyendo esto al deterioro y disfuncionalidad personal, familiar, profesional y social de los médicos en proceso de formación especializada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir la situación de salud mental en base a atención selectiva, autoestima, empatía y estrés en médicos residentes del Hospital Roosevelt.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Identificar el nivel de autoestima en médicos residentes del hospital Roosevelt.
- 2.2.2 Identificar el nivel de intensidad del estrés que manejan los médicos residentes del hospital Roosevelt.
- 2.2.3 Identificar el nivel de atención selectiva en médicos residentes del hospital Roosevelt.
- 2.2.4 Identificar la capacidad empática general de los médicos residentes del hospital Roosevelt.
- 2.2.5 Identificar el enfoque de salud mental que se ve más afectado por un mayor número de horas laborales semanales en médicos residentes del Hospital Roosevelt.
- 2.2.6 Determinar la diferencia del año de residencia con la afectación de cualquiera de los enfoques de salud mental.
- 2.2.7 Determinar la situación de salud mental en sus diferentes enfoques según la especialidad médica.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contexto

La red de servicios de salud de Guatemala se encuentra dividida en 3 niveles de atención: el primer nivel cuenta con 1,101 establecimientos, el segundo nivel con 346 establecimientos y el tercer nivel con 43 hospitales, de los cuales solo el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt son hospitales de referencia. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, se realizaron 17 millones de consultas a estos hospitales de referencia en 2013. Recientemente la procuraduría de los derechos humanos (PDH) destacó la necesidad de tomar acciones debido a la precariedad de los servicios de salud pública y la deshumanización del sistema de salud. (3)

Una parte fundamental del sistema de salud pública en Guatemala son los médicos residentes que laboran en distintos hospitales nacionales. La baja calidad de los servicios y la consiguiente deshumanización del sistema de salud pública, es el efecto que produce tener una carga de trabajo excesiva y horarios de trabajo extenuantes. Los médicos en formación sufren de mayores grados de estrés en comparación con estudiantes de otras carreras ya que tienen más años de estudio, gran exposición a la muerte, una excesiva carga de trabajo y contenido educacional combinado con el alto nivel de demanda académica, la falta de tiempo de recreación con amigos o familia, exámenes de residencia y problemas financieros. Adicionado a esto existen características de la personalidad inherentes a estudiantes de medicina que incluyen perfeccionismo, tendencia a la obsesión y auto-exigencia. Estos factores son potencialmente responsables de un menor rendimiento académico, una alta tasa de suicidio, depresión, utilización de sustancias psicoactivas, problemas matrimoniales, Síndrome de Burnout y disfunción profesional en médicos estudiantes. (1, 2)

El resultado de esto son médicos somnolientos e irritados, algunos con un tiempo de comida en el estómago. Bajo este estrés trabajan médicos jóvenes de hospitales públicos de todo el mundo. Realizan exploraciones, pruebas más o menos invasivas, redactan historiales médicos, deciden ingresos de pacientes, administran medicamentos e inclusive realizan actividades que requieren de toda su atención como una cirugía mayor. (4)

3.2 Salud mental

3.2.1 Definición (6)

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud. La OMS define excelentemente la salud como:

“... un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta.

Aunque es importante definir la salud mental, no siempre es necesario para lograr su mejoramiento. Las diferencias en los valores entre países, culturas y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso sobre una definición. Sin embargo, al igual que la edad o la riqueza tienen en sí muchas expresiones alrededor del mundo, y aún así mantienen un significado universal de sentido común medular, también la salud mental se puede conceptuar a través de las culturas sin restringir su interpretación. La OMS ha propuesto recientemente el siguiente significado de salud mental: “...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (Véase diagrama 1).

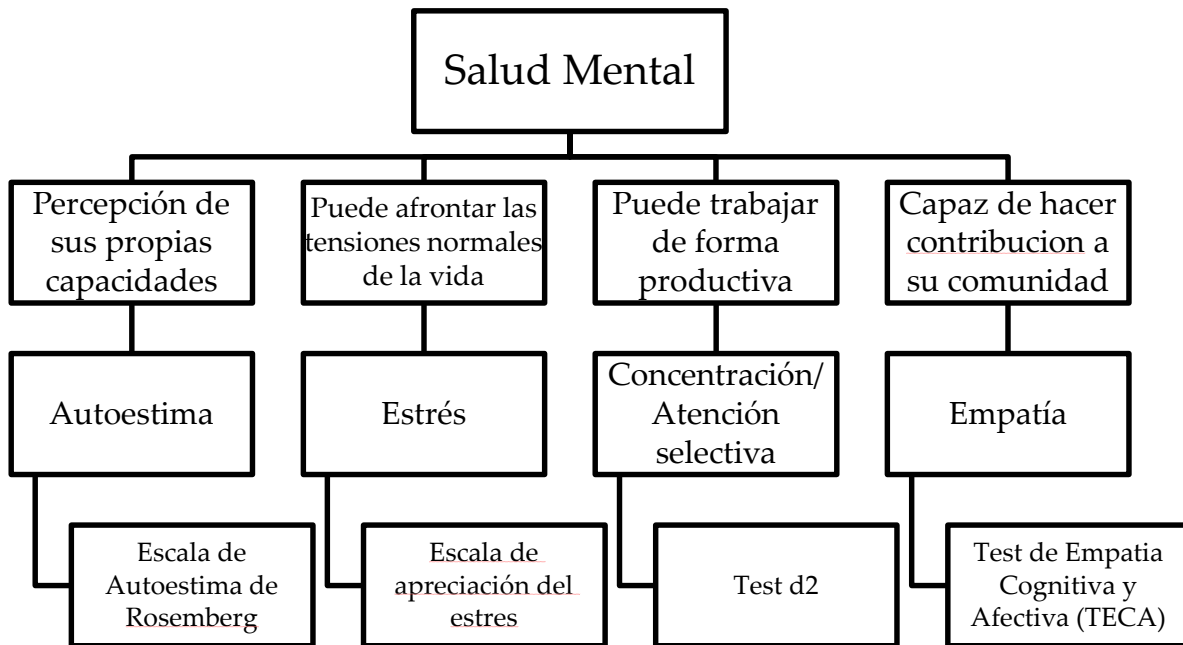
En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tiene valor por sí mismas.

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente. Pueden ser mutuamente exclusivas, solamente si la salud se define en una forma restrictiva como la ausencia de

enfermedad. Al reconocer que la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente, se estará ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento.

Diagrama 1

Salud mental y sus diferentes enfoques según la definición de la OMS.



3.3 Atención

3.3.1 Definición

La atención es definida según la real academia española como: aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual o sensible. (12) Por su parte, Ballesteros la define como un proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno. (13)

La atención ha sido definida como el mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. (14) Se trata, por tanto, de un proceso

complejo que al estar constituida por distintos subprocesos ha dado lugar a establecer distintas clasificaciones y subtipos asociados también a diferentes mecanismos o circuitos neurales. (15)

3.3.2 Fisiología

Todos los aspectos diferentes de la atención están regulados por estructuras cerebrales distintas que tienen periodos de neurodesarrollo diferentes. (16) La atención más elemental o involuntaria depende del funcionamiento del Sistema Reticular Ascendente (SAR) proyectado en toda la corteza cerebral desde el tronco cerebral, de naturaleza noradrenérgica y que se desarrolla precozmente en el primer año de vida. La atención selectiva y la atención sostenida están reguladas por estructuras corticales y subcorticales. Entre las estructuras corticales está la corteza prefrontal y las cortezas sensoriales. Y, en el caso de las estructuras subcorticales, el tálamo óptico, el cuerpo estriado (núcleo caudado y lenticular), los núcleos septales y de Meynert y el cerebelo.

En el tálamo existen neuronas que sólo responden a los estímulos novedosos y que se habitúan rápidamente. (17) Por su parte, la estimulación eléctrica del hipocampo produce respuestas de orientación y conductas de exploración, y ésta estructura estaría implicada en la selección como sería la supresión de la información de los estímulos irrelevantes. La actividad del núcleo pulvinar fue estudiada mediante el uso de la técnica de cuantificación de imágenes de tomografía por emisión de positrones y fue relacionada con los procesos selectivos de la atención. (18)

La corteza prefrontal juega un papel fundamental en el control voluntario de la atención, y prueba de ello es que lesiones en esta estructura traen consigo alteraciones de la atención voluntaria y de distracción (19), mientras que en el lóbulo parietal, se ha demostrado que lesiones en esta área producen déficits de atención selectiva. Así, por ejemplo, lesiones en la corteza parietal inferior se asocian con déficits de atención selectiva como el síndrome de desatención unilateral, y en el caso de la corteza parietal posterior con los procesos de desenganche de la atención.

3.3.3 Características

Concentración

Se le denomina concentración a la inhibición de la información irrelevante y la focalización de la información relevante, con mantenimiento de ésta por periodos prolongados. (20) La concentración de la atención se manifiesta por su intensidad y por la resistencia a desviar la atención a otros objetos o estímulos secundarios, la cual se identifica con el esfuerzo que deba poner la persona más que por el estado de vigilia.

Distribución

Mucha gente piensa que sólo puede atender a una cosa cada vez, pero ésta es una creencia errónea. A pesar que la atención tiene una capacidad limitada que está en función del volumen de la información a procesar y del esfuerzo que ponga la persona, existe una evidencia clara que podemos atender al mismo tiempo a más de un evento. La distribución de la atención se manifiesta durante cualquier actividad y consiste en conservar al mismo tiempo en el centro de atención varios objetos o situaciones diferentes. De esta manera, cuanto más vinculados estén los objetos entre sí, y cuanto mayor sea la automatización o la práctica, se efectuará con mayor facilidad la distribución de la atención. (21)

Intensidad

Se conoce con este nombre al fenómeno por el cual algunas veces estamos más atentos que otras, bajo las mismas circunstancias. Por lo que se define como la cantidad de atención que se presta a un objeto o tarea, y se caracteriza por estar relacionada directamente con el nivel de vigilia y alerta de un individuo. Es importante recalcar que la intensidad de la atención no siempre es la misma, produciéndose cambios que se conocen con el nombre de fluctuaciones de la atención. (22)

Estabilidad

La estabilidad de la atención está dada por la capacidad de mantener la presencia de la misma durante un largo periodo de tiempo sobre un objeto o actividades dadas. (21)

Control

Cuando la atención se pone en marcha y despliega sus mecanismos de funcionamiento de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente hablamos de control atencional o atención controlada. A diferencia de la atención libre o no controlada, el control atencional exige en la mayoría de los casos un cierto esfuerzo por parte del sujeto para mantenerla. (21)

Oscilamiento

Una característica de la atención es que cambia u oscila continuamente, ya sea porque se tiene que procesar dos o más fuentes de información, o porque se tiene que llevar a cabo dos tareas y se dirige alternativamente de una a otra. Dicho fenómeno se conoce con el nombre de oscilamiento o desplazamiento de la atención. (21)

3.3.4 Procesos psicológicos de atención

Atención selectiva

Puede definirse como la capacidad para centrarse en uno o dos estímulos importantes, mientras se suprime deliberadamente la consciencia de otros estímulos distractores. Se encarga de controlar los procesos y mecanismos por los cuales el organismo procesa tan sólo una parte de toda la información, y da respuestas tan sólo a aquellas demandas del ambiente que son realmente útiles o importantes para el individuo. En este sentido, la atención selectiva implica la selección de los estímulos que se presentan en el ambiente, y la selección del proceso y/o respuesta que se va a realizar. (23)

Atención dividida

Hace referencia a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos que el organismo utiliza para dar respuesta ante las múltiples demandas del ambiente. En este caso se trata no de seleccionar aspectos específicos de la información, sino de atender a todo lo que se pueda al mismo tiempo. (20)

Atención sostenida

Definida como la actividad que pone en marcha los procesos y/o mecanismos por los cuales el organismo es capaz de mantener el foco atencional y permanecer alerta ante la presencia de determinados estímulos durante períodos de tiempo relativamente largos. (20)

3.3.5 Test de atención D2

Es un test de tiempo limitado para medir la atención selectiva y la concentración mental, entendida como la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los datos normativos y desarrollo evolutivo irrelevantes y, además, hacerlo de forma rápida y precisa. El test se puede administrar tanto de forma individual como colectiva con una duración entre 8 y 10 minutos. Existe un total de 14 líneas con 47 caracteres, es decir, por un total de 658 elementos; estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañados de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra. La tarea del sujeto consiste en revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las dos debajo o una arriba y otra debajo). Estos elementos (es decir, los estímulos correctos) se conocen como elementos relevantes. Las demás combinaciones (las “p” con o sin rayitas y las “d” con o ninguna rayita) se consideran “irrelevantes” y no deberían ser marcadas. En cada línea el sujeto dispone de 20 segundos. Las puntuaciones resultantes son: TR, total de respuestas, números de elementos intentados en las 14 líneas; TA, total de aciertos, número de elementos relevantes correctos; O, omisiones, número de elementos relevantes intentados pero no marcados; C, comisiones, número de elementos irrelevantes marcados; TOT, efectividad total en la prueba, es decir, $TR - (O+C)$; CON, índice de concentración o $TA-C$; TR+, línea con mayor número de elementos intentados; TR-, línea con menor número de elementos intentados y VAR, índice de variación o diferencia $(TR+) - (TR-)$. (24)

3.3.6 Estudios sobre atención

Se han realizado varios estudios con respecto a la atención selectiva, algunos de ellos realizados en médicos residentes relacionando el trabajo intenso con la

capacidad de atención y concentración. En el año 2009, Stucky ER, et al. realizaron un estudio en el que se reveló que largos periodos de trabajo puede afectar las funciones cerebrales como la memoria y la rapidez del procesamiento mental. La disrupción del ritmo circadiano debido a un patrón de sueño descontrolado genera estrés psicológico, que podría ser la etiología de la afectación del funcionamiento cerebral. (10)

Este agotamiento no solo se debe a la falta de sueño, ya que en el trabajo diario de los médicos se pueden observar estímulos como castigos, saturación de trabajo, presión por pacientes y superiores y un ritmo rápido y demandante. Estas características hacen que el médico, emocional y mentalmente, sea más susceptible a cambios negativos a nivel cognitivo. Ante estas características de alta demanda, muchos médicos desarrollan procesos adaptativos para sobrevivir dentro de su medio ambiente, pero en ocasiones de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad individual esta adaptación no se realiza y se evidencian trastornos del estado de ánimo y problemas mentales más complejos. (25)

Esta capacidad no es estática, ya que según un estudio realizado en Oviedo se evaluaron los cambios en un grupo de sujetos en atención selectiva. Los resultados indicaron que intervenciones específicas en las que se combinaba terapia visual, activación cortical y entrenamiento con bancos de actividades, eran eficaces para la mejora de los déficits de atención, tanto selectiva como sostenida. Gracias a este estudio se ha desacreditado la idea tradicional de limitación de la capacidad atencional, puesto que, la atención, al actuar como un mecanismo activo y constructivo, se modifica con la práctica, generando en cada sujeto un potencial atencional propio. Este potencial no solamente va a estar determinado por elementos cognitivos, sino también por elementos conativos y afectivos, cuya interacción se concreta en el primer modelo neoconexionista de la atención, el modelo Slam, el cual demuestra cambios en la capacidad de atención a través de la práctica continuada. Dichos cambios se producen, tanto en los procesos de atención selectiva como sostenida. (26)

Por lo tanto, los procesos de adaptación descritos anteriormente, no solo podrían mejorar los trastornos del estado de ánimo sino que también podrían mejorar las funciones cognitivas de funcionamiento cerebral debido a la práctica continuada y a la presión del trabajo.

Las diferencias entre especialidades también se han hecho notar en los trabajos realizados anteriormente, por ejemplo un estudio realizado por McDonald y Orlick, evaluó a 33 cirujanos que representaban a 6 especialidades diferentes realizando una caracterización de las habilidades mentales que necesitaban para un desempeño en su trabajo. Todos los cirujanos hicieron ver que las habilidades mentales eran mucho más importantes que las habilidades técnicas y que dentro de las habilidades mentales básicas para sus actividades quirúrgicas se encontraban la concentración total, el control de la distracción y la evaluación constructiva. Estas habilidades les permitían ser más eficientes para solucionar problemas complicados y desempeñarse con un alto nivel de precisión. (27)

El trabajo quirúrgico dentro de la perspectiva del anestesiólogo también es elemental para los estudios de atención ya que como lo demostró el estudio realizado por Cooper y colaboradores, dentro de los incidentes que ocurren dentro de las salas de operaciones, un 82% de los errores son por razones humanas, propias del médico anestesiólogo, teniendo un patrón etiológico principalmente inclinado a factores como falta de precaución o distracciones. El conocimiento de estos factores hace que los médicos creen una metodología que podría ser usada para formar una mejor determinación de prioridades y planificación de inversiones específicas. (28)

Todos estos procesos de atención no se ven solamente afectadas por razones específicas de cada especialidad sino también por las causas implícitas del trabajo de un residente, como lo son las intensas jornadas de trabajo y la privación del sueño. Un estudio realizado sobre la calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios, evaluó las consecuencias de una mala calidad de sueño sobre los procesos atencionales y la región anatómica cerebral en la que estos se originan. El estudio reflejó una afectación mayor a nivel de la corteza frontal en

mayor intensidad, pero dentro de los procesos atencionales más afectados en la evaluación se encontraban aquellos formados en las regiones del lóbulo parietal inferior, el temporal superior y las regiones estriadas, siendo estas las de atención selectiva y dividida, en comparación con aquellas formadas en las aéreas del tectum, la región mesopontina y otras estructuras del tronco encefálico, relacionadas con la atención sostenida. (29)

3.4 Autoestima

3.4.1 Definición (30)

Se puede entender la autoestima como un constructo que representa la concepción que uno tiene de sí mismo como ser físico, social y espiritual. El componente afectivo-evaluativo que lo acompaña es la autoestima, siendo el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo. El autoconcepto vendría delimitado por cómo se ve uno a sí mismo y la autoestima por cómo valora y aprecia eso que uno ve. Ambos términos se han empleado, en ocasiones, como sinónimos, y en ocasiones como complementarios: serían dos caras de la misma moneda, integrando el uno la dimensión cognitiva y el otro, la afectiva de una misma realidad. (31)

Es decir podemos definir la autoestima como el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma. Lo cual puede resultar difícil en ocasiones, porque el autoconocimiento presume conocer las propias capacidades y limitaciones.

La autoestima ha tendido a ser concebido durante décadas como un constructo unitario como una autopercepción global, a pesar de que las ideas de James y del interaccionismo simbólico apuntan en otra dirección. William James, considerado el primer psicólogo científico, hace distinción entre el ego que debe atender la filosofía y el self que corresponde a la psicología, dentro del cual se pueden diferenciar tres tipos de mí, organizados jerárquicamente: el self material, el self social y el self espiritual; con ello esboza lo que decenios más tarde se denominará concepción multidimensional del autoestima. Mead en sintonía con Cooley, se apoya en la distinción realizada por James para diferenciar un yo (la persona que actúa) y un mí (las actitudes de los otros hacia uno mismo), incidiendo más en la

vertiente social del self, diferenciando dentro del mismo diversas imágenes en función de los roles que la persona desempeña en los distintos ámbitos de su vida.

Estas propuestas iniciales influyen en los trabajos de autores posteriores como Brookover, Thomas, y Patterson, Rosenberg, Coopersmith o Marx y Winne, sostienen que las dimensiones múltiples de la autoestima se encuentran fuertemente dominadas por un factor general, de tal modo que no pueden diferenciarse adecuadamente como partes separadas del mismo. Conciben, en consecuencia, el autoestima como un constructo global el cual se mide mediante cuestiones generales. Para medir la autoestima, entendido desde una concepción unidimensional, se utiliza la suma de puntuaciones en las respuestas a todos los ítems de un cuestionario que ofrece una única medida global del mismo.

La autoestima se forma por la imagen que tenemos de nosotros mismos y la información que recibimos de los demás en relación con nuestra persona. Costumbres, creencias, principios y el abanico inmenso de las prioridades de la sociedad y los valores de la cultura en la que crecemos y vivimos, impregnan y modelan el concepto que formamos de nosotros mismos. Es un conjunto de representaciones y de juicios referidos a uno mismo en distintos aspectos: corporal, psíquico, comportamental y social.

La investigación psicológica sobre el autoestima experimenta un punto de inflexión a partir de la década de los setenta, cuando se asume de modo generalizado una concepción multidimensional y jerárquica del mismo, según la cual el autoestima general vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo. Entre los numerosos modelos propuestos destaca el de Shavelson, Hubner y Stanton. Dentro de este modelo, el autoestima general aparece en el ápice de la jerarquía dividiéndose en los dominios de autoestima académico y autoestima no académico, subdividiéndose estos a su vez en otras dimensiones más concretas y específicas.

3.4.2 Dimensiones (32)

Dimensión Académica

Puede entenderse por autoestima académico la “representación que el alumno tiene de sí mismo como aprendiz, es decir, como persona dotada de determinadas características o habilidades para afrontar el aprendizaje en un contexto instruccional”.

Dimensión Física

La autoestima físico ha irrumpido con fuerza entre la temática de moda en los últimos años dándose la circunstancia de que se trata de un constructo que, en cierto modo, permite analizar una realidad psicológica ya abordada desde otro constructo, el de la imagen corporal. Los estudios sobre el autoestima físico concitan la atención de distintos profesionales (médicos, profesores, educadores físicos, educadores sociales...) debido a las perspectivas de intervención educativo/preventiva que ofrece en relación a cuestiones que en nuestros días tienen gran impacto social tales como los trastornos de la conducta alimentaria, los hábitos de vida saludable, el bienestar psicológico, etc.

Dimensión Social

La autoestima social se organiza, más bien, dependiendo de la evaluación de unas u otras de las competencias (las habilidades sociales, la prosocialidad, la agresividad, la asertividad...) que las personas activamos en la vida social sin hacer distinción entre los contextos.

Podemos decir que la autoestima cumple con las siguientes premisas:

- Está estructurado y organizado (las personas categorizan la información acerca de sí mismas y la relacionan).
- Es multifacético (las facetas específicas reflejan el sistema de categorías); la estructura multidimensional es además jerárquica (las facetas más específicas se encuentran en la base y la general en el ápice).
- Varía en estabilidad según el nivel jerárquico (el autoestima general es estable, mientras que las facetas más específicas dependen de las situaciones concretas).

- La autoestima tiene un carácter evolutivo (se diferencia internamente a medida que avanza la edad).
- Tiene un aspecto descriptivo y otro evaluativo.
- Y es diferenciable de otros constructos teóricamente relacionados con él (por ejemplo, de personalidad).

La autoestima juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; una autoestima positiva está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo.

3.4.3 Evaluación: Test de Rosemberg (33)

Uno de los cuestionarios unidimensionales más utilizados es la Escala de Rosenberg; compuesta por 10 ítems, que indaga sobre aspectos generales tales como el grado de satisfacción con uno/a mismo/a, los sentimientos de utilidad y el reconocimiento de reunir cualidades propias de una buena persona. Posteriormente, “The Rosenberg Self-Esteem”, que es como se denomina esta escala, resultó ser un cuestionario válido y fiable para evaluar la autoestima global.

Lo que sí distingue Rosenberg son tres perspectivas de aproximación a la autoestima: cómo el individuo se ve a sí mismo, cómo le gustaría verse y cómo se muestra o desea mostrarse a los otros.

La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a población normal, formada por estudiantes universitarios. Es de prever que en la población general se encuentren casos de individuos con diversos

niveles de autoestima, siendo muy minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima autoestima.

3.4.4 Estudios sobre autoestima

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. (34)

En el ambiente de trabajo hospitalario generalmente se relegan las actividades académicas por las exigencias laborales y se produce un problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho con escasas horas de sueño y de descanso. Es en este ambiente desfavorable donde los residentes deben de buscar su identidad como profesional y su crecimiento como persona.

Este ambiente educativo y laboral en el área de la salud, inicia a ser estudiado aparte de opiniones y ensayos con estudios en donde se analizan y cuantifican los factores que inciden en la presencia de trastornos del estado de ánimo. Se ha encontrado que entre los residentes existe un índice de consumo de alcohol del 65%, donde 74.5% de ellos pertenecen al sexo masculino. Adicionalmente a que una tercera parte de ellos presenta alteraciones del sueño, se determinó que el 14% de los estudiantes tiene elevados niveles de stress y el 47.5% presenta signos depresivos. (35) Por otro lado se reporta una prevalencia de depresión en ellos del 14%, lo cual es mayor que la de la población en general; y en este caso fueron más afectadas las mujeres que los hombres. También se determinaron como factores de riesgo ser casado, cursar el primer año de residencia, realizar guardias en terapia intensiva, ser ateo y tener antecedentes familiares de depresión. (36)

En un estudio realizado en el año 2000 se realizó una evaluación del autoestima en médicos de 3 hospitales de Caracas utilizando una entrevista semiestructurada y

dos cuestionarios test de inteligencia emocional que median conciencia de propio valor y confianza en sí mismo. Ninguno de los grupos estudiados presentó incentivos laborales óptimos. La autoestima del personal médico de uno de los hospitales fue normal mientras que los médicos de los otros dos hospitales presentaron autoestima por encima del valor estándar alto, que a su vez coincidía con mejores condiciones laborales. (8)

3.5 Empatía

3.5.1 Definición (23, 37)

La empatía es un aspecto muy importante de la inteligencia emocional que tiene múltiples aplicaciones en distintos ámbitos: organizacional, clínico y social. Se trata de una importante habilidad que nos permite saber cómo se sienten las otras personas o que es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones. En definitiva, la empatía nos permite interaccionar eficazmente con el mundo social.

Dentro de las organizaciones, es un aspecto a considerar en la selección de personal de directivos y empleados, ya que la empatía guarda relación una mejor comunicación, facilitación en la toma de decisiones, mayor calidad del trabajo en equipo, mejora del rendimiento, disminución de los accidentes laborales y mejores resultados empresariales y productivos. Es especialmente relevante en profesiones en las que sean clave las relaciones interpersonales, como medicina, enfermería, docencia y psicoterapia, entre otras.

En el ámbito clínico se ha estudiado la relación entre la empatía y otros trastornos como los siguientes: síndrome de Asperger, ansiedad, claustrofobia, obesidad, depresión, psicopatías, sociopatías como abusos infantiles, violaciones y personalidad psicótica y, en general, el comportamiento delictivo.

Por último en el ámbito social, se han encontrado relaciones significativas con la conducta prosocial, la agresividad, la conducta moral y la tendencia afiliativa.

Por ello, la empatía es una variable fundamental y suficientemente relevante si se pretende entender la conducta humana para ser evaluado de forma independiente. Su estudio ha despertado interés y la curiosidad de los

investigadores desde hace mucho tiempo. El origen del término “empatía” como tal data de 1909, año en el que Titchener hizo una traducción al inglés de termino empatía (empathy), basándose en la etimología griega, cualidad de sentirse dentro, haciendo referencia a la capacidad que puede tener un individuo de comprender a otra persona.

Entre las definiciones de empatía que se puede encontrar en la literatura, una de las más utilizadas es la que considera como una reacción emocional elicited y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir. Esta definición no está completa si no se incluyen conceptos como: la adopción de perspectiva, tendencia a adoptar el punto de vista de otro, la simpatía, tendencia a preocuparse o sentir interés por el otro, y el malestar personal, tendencia a sentirse intranquilo o incomodo en espacio interpersonales tensos que implican a otros y sus necesidades.

Se suele establecer distinciones dentro del concepto de empatía. Pudiéndose hablar de una empatía cognitiva, afectiva, disposicional y situacional. Mientras que la empatía cognitiva haría referencia a la capacidad para comprender al otro, la empatía afectiva iría más allá, ya que sitúa a un individuo en disposición de compartir un sentimiento adecuado al estado emocional de otra persona. En cambio la distinción entre empatía disposicional y situacional se establecería en función de la mayor o menor influencia del contexto. Así, la empatía disposicional sería una capacidad del individuo independiente del contexto, mientras que la empatía situacional, como su nombre lo indica, hace alusión a la mayor o menor intensidad en la manifestación de empatía estando supeditada la misma, al contexto de referencia.

El componente cognitivo, que tradicionalmente se ha relacionado con la vertiente disposicional de la empatía, ha suscitado intentos de explicación desde distintas perspectivas, en cambio el componente afectivo no ha resultado tan fácil de dilucidar.

La empatía, entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que ese individuo está sintiendo, es una variable importante de la conducta pro social. Por ello, la empatía es una de las variables que mejor define los comportamientos sociales estando relacionada con las elaboraciones cognitivas y emocionales que favorecen al ajuste adaptativo del individuo.

Se ha establecido la relación de la variable, que nos ocupa, con la inteligencia emocional, en concreto con su vertiente cognitiva, considerándose la empatía como un elemento del factor de habilidades interpersonales. Desde la perspectiva de la neuropsicología se han aportado evidencias de los tipos de procesos relacionados con la empatía, estableciéndose la distinción entre el procesamiento de información interna, relativa a los propios pensamientos, y el procesamiento de la información generado de forma externa, y relevante para la acción. Las neuronas permiten realizar una representación mental de las acciones y expresiones faciales de los demás. Cuando un individuo percibe a otro sujeto, se codifican dichas acciones o expresiones faciales, a nivel neurobiológico, lo que permite guiar la conducta del individuo en las relaciones interpersonales.

El estado emocional de la empatía también tiene gran influencia sobre el desarrollo del proceso empático. Por ejemplo, las personas que se sienten más felices demuestran mayor empatía, mientras que las personas depresivas se centran en sus propias necesidades de un modo defensivo.

3.5.2 Empatía Afectiva y Cognitiva (23)

Uno de los investigadores pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo es Kohler, para quien la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros. Años más tarde, Mead continuara con esta visión, añadiendo que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos. Por su parte, en 1947, Fenichel habla de la empatía como identificación con el otro. Hogan en 1969 definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales

ajenos. Para Hogan, por tanto la empatía sería una capacidad metal representativa.

Los estudios interesados en la visión cognitiva de la empatía han empleado diferentes instrucciones diferenciando las que se referían a imaginarse a sí mismo en una situación e imaginarse al otro en una situación. Stotland en 1969 empezó a realizar estos estudios, y encontró que mientras en el primer conjunto de instrucciones la gente podía llegar a sentir ansiedad, no ocurría lo mismo en el segundo. Posteriormente, Davis en 1996 encontró que los sujetos que tendían a puntuar más alto en adopción de perspectiva puntuaban más alto en la condición de imaginarse al otro. Asimismo, existen datos que indican que el componente cognitivo de la empatía, esto es, la toma de perspectiva, se relaciona inversamente con el nivel de agresividad.

Como puede apreciarse, la mayor parte de los autores mencionados hasta este punto se sitúan en una visión cognitiva de la empatía, al considerar que esta consiste fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro. En realidad, esta visión de la empatía la sitúa muy cerca del constructo de teoría de la mente, definido por Gallagher y Frith en el 2003 como: “la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes, tales como creencias, deseos, emociones o intenciones”

Desde finales de los años 60, se empezó a consolidar una visión distinta de la empatía, que concedía más importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario. Stotland en 1969 se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde este punto de vista, considerando esta como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentado o va a experimentar una emoción”. Por su parte Hoffman en 1987 define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En la misma línea, Mehrabian y Epstein en 1972 hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición

para la que existen diferencias individuales. Una aportación importante es la realizada por Wispé en 1978, quien llamo la atención sobre la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de empatía.

La empatía cuenta tanto con componentes cognitivos como afectivos. La capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro ha sido recogida en la noción de adopción de perspectiva cognitiva. Por último la adopción de perspectiva afectiva se refiere a la inferencia de los estados emocionales ajenos.

Partiendo de esta definición, dentro de la dimensión cognitiva se distingue: fantasía, que se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción y adopción de perspectivas. En relación a la dimensión afectiva, Davis propone dos escalas: Angustia empática, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro y aflicción personal, que se refiere a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro.

Es necesario señalar que, a partir de los años 90, se aborda el estudio de la empatía desde la perspectiva de la Inteligencia emocional. El modelo sobre inteligencia emocional más estudiado y aplicado es el modelo de Mayer y Salovey en 1997, quienes entienden que la inteligencia emocional está formada por cuatro capacidades: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional. Desde este enfoque, puede considerarse que la empatía incluiría aspectos relacionados tanto con la percepción de las emociones de los demás como con su comprensión, coherentemente con las propuestas cognitivas en el estudio de la empatía. Bar-On en 1997 en su modelo de inteligencia socioemocional considera que la empatía es un componente del factor denominado habilidades interpersonales, y se define como la capacidad de ser consciente y comprender las emociones, sentimientos e ideas de los otros.

3.5.3 Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (23,37)

Es un instrumento de evaluación de la empatía formado por 33 elementos que presenta adecuadas garantías psicométricas. Proporciona información tanto de los

componentes cognitivos de la empatía (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) como de los afectivos (Estrés empático y Alegría empática). Además ofrece una puntuación total de la empatía. Permite predecir si una persona va a mostrar empatía en una situación emocional completa. En el manual de la prueba se exponen las características que deben reunir los perfiles para que se ajusten a las demandas de aquellos puestos de trabajo en los que tienen un papel más relevante la empatía (médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, puestos de atención al público, directivos, supervisores, etc.).

El instrumento ofrece puntajes diferenciados para cada sub-escala, así como un puntaje total de empatía. El test se encuentra desarrollado para ser utilizado en adultos. La corrección de la prueba se realiza mediante un ejemplar auto corregible que permite una corrección ágil y fiable.

A continuación se describen las escalas y se trata de dar algunas pautas acerca de los posibles perfiles que se pueden encontrar en función de las puntuaciones que los sujetos obtengan en cada una de ellas. Para ello, se utilizan puntos de corte estadísticos basados en las desviaciones típicas de las puntuaciones con respecto a la media de cada escala (tabla 1.1). Así, se considerará una puntuación media aquella situada entre el percentil 31 y el 69. Las puntuaciones situadas entre los percentiles 70 y 93 se consideraran altas, del mismo modo que aquellas situadas entre los percentiles 7 y 30 se consideraran bajas. Las puntuaciones por debajo del percentil 7 o por encima del percentil 93 serán consideradas extremas.

PC	Significación	T
94-99	Extremadamente alta	66 o superior
70-93	Alta	56 a 65
31-69	Media	45 a 55
7-30	Baja	35 a 44
1-29	Extremadamente baja	34 o inferior

Tabla 1.1 Significación de puntuaciones.

Adopción de Perspectivas (AP)

Esta escala hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona.

En general, puntuaciones altas en esta escala indican facilidad para la comunicación, la tolerancia y las relaciones interpersonales. Los sujetos con altas puntuaciones en AP tienen un pensamiento flexible, de tal forma que pueden adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones.

Una puntuación extremadamente alta puede interferir en la capacidad de tomar decisiones, ya que tener en cuenta todos los puntos de vista supone una mayor carga cognitiva.

Aquellos sujetos con puntuaciones bajas suelen tener un pensamiento menos flexible y pueden tener menor facilidad para comprender los estados de los demás, lo que puede suponer un cierto obstáculo en la comunicación y las relaciones con otras personas.

Una puntuación extremadamente baja puede estar asociada con importantes déficits en las habilidades de relación y comunicación con otras personas debidas a un estilo de pensamiento bastante rígido.

Comprensión emocional (CE)

Se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y la impresión de los otros. Aunque la referencia emocional puede llevar a equívocos, esta escala se incluye dentro de la dimensión cognitiva, ya que la comprensión es una capacidad cognitiva de la persona que tiene empatía.

Los sujetos con puntuaciones altas en la escala CE se caracterizan por tener una gran facilidad para la lectura ante el comportamiento verbal y no verbal de los otros. En general esto es positivo ya que facilita las relaciones interpersonales, mejora la calidad de la comunicación entre las personas y permite detectar cuando los demás experimentan emociones tanto negativas como positivas. Además, a nivel intrapersonal, las personas con altas puntuaciones tienden a mostrar una mayor regulación emocional.

Una puntuación extremadamente alta en esta escala puede implicar una atención excesiva a los estados emocionales ajenos en detrimento de los propios.

Aquellos sujetos con puntuaciones bajas se caracterizan por mostrar dificultades en esta capacidad, lo cual podría redundar en una peor calidad de sus relaciones interpersonales así como menores habilidades sociales.

Aquellos sujetos con puntuaciones bajas se caracterizan por mostrar dificultades en esta capacidad, lo cual podría redundar en una peor calidad de sus relaciones interpersonales así como menores habilidades sociales.

Una puntuación extremadamente baja podría estar reflejando la existencia de importantes problemas en las habilidades de relación con los demás y probablemente estará asociada a una red social deficiente así como a dificultades emocionales a nivel intrapersonal.

Estrés empático (EP)

Es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, es decir, de sintonizar emocionalmente con ésta.

Los sujetos con puntuaciones altas tenderán a tener redes sociales de calidad y serán personas más bien emotivas y cálidas en sus relaciones interpersonales, quizás con una cierta tendencia sobre implicarse en los problemas de los demás.

Las personas con puntuaciones extremadamente altas se caracterizan por autoinformar de elevados niveles de neuroticismo. Esto, con una alta probabilidad, puede interferir negativamente en la vida de la persona, llegando incluso a distorsionar el sufrimiento del otro hasta percibirlo como mayor de lo que en realidad es.

Las personas con puntuaciones bajas no se conmueven fácilmente, son poco emotivas y emocionalmente distantes y no encuentran grandes dificultades en distinguir sus necesidades y emociones de las de los demás. Su red social suele ser de menor calidad que la de las personas con puntuaciones altas.

Por el contrario, una persona que puntúe extremadamente bajo se caracteriza por una frialdad emocional excesiva, es decir, grandes dificultades para sentirse conmovida por lo que sucede a otra persona. Esta amplia distancia emocional tendrá con bastante probabilidad repercusiones negativas en la red social del individuo.

Será preferible una puntuación u otra en función del objetivo específico para el que se realice la evaluación.

Alegría empática (AE)

Se refiere a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona. Este término hace referencia a la vertiente positiva de la escala anterior.

Las personas con una puntuación alta en Alegría empática tienen facilidad para alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás, lo que se relaciona con una red social de buena calidad.

Una puntuación extremadamente alta puede implicar que la propia felicidad depende de la felicidad de los demás y que la persona se olvida de alcanzar las propias metas e incluso, en ocasiones, podría llegar a dejar en un segundo plano la propia realización personal.

Al contrario sucede cuando la puntuación en esta escala es baja, lo cual denota una menor tendencia a compartir las emociones positivas de los demás. No obstante, al igual que sucedía en la escala Estrés empático, el considerar más adecuada una puntuación alta, media o baja dependerá del objetivo específico del evaluador ya que distintos perfiles podrán ser más o menos adaptativos en función del contexto en el que se desenvuelva la persona.

Los sujetos con puntuaciones extremadamente bajas se caracterizan por mostrar indiferencia ante los acontecimientos positivos que les suceden a los demás. El no sintonizar emocionalmente se relaciona con tener acceso a una red social de baja calidad en mayor medida incluso que lo anteriormente descrito en relación con el estrés empático.

3.5.4 Estudios sobre empatía

En la atención de los enfermos, un aspecto primordial es la relación médico paciente, cuyas bases se encuentran en los principios mismos de la bioética, que también podemos entender como el contrato, generalmente no escrito, establecido por persona autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación.

Esta interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, inicialmente basada en la comunicación, confianza, empatía y la disposición para conseguir objetivos comunes, como la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral, es llevada a cabo en las unidades de medicina familiar, y se enfrenta a la ahora llamada medicina institucional misma que se desarrolla cada vez con más dificultades derivadas del incremento poblacional y con ello del aumento del número de consultas diarias por un médico. (39)

Carl Rogers fue el primer autor que enfatizó la comprensión empática junto a la congruencia y aceptación incondicional como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado en una relación terapéutica. Este autor entendía por comprensión empática: “La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos”. De forma independiente y siguiendo otra línea de investigación, Balint intentó capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de los enfermos, no solo en función de los conflictos y problemas personales, sino para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Actualmente la empatía es catalogada como una cualidad indispensable para lograr una adecuada comunicación con el paciente, tanto por parte de los médicos. (40)

En un estudio realizado en Médicos Residentes en Colombia en donde se pretendía establecer la asociación entre el Síndrome de Estrés Asistencial de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas subóptimas de cuidados y el reporte de los pacientes hospitalizados a su cargo se encontraron asociaciones significativas en la categoría, manejo y el reporte de los pacientes. Desde la perspectiva del paciente, las prácticas médicas subóptimas hacen referencia a la percepción que tienen los

pacientes con respecto a las prácticas insatisfactorias por parte del personal médico, como la insatisfacción frente a la calidad del servicio, quejas en la relación y comunicación con el médico, retrasos en las visitas y la actitud del médico general. (9)

La empatía médica es un área de investigación inexplorada por la educación médica, posiblemente por una ambigüedad y falta de claridad en su definición. En un estudio el cual tenía por objetivo caracterizar la prevalencia de Síndrome de Burnout y Empatía en médicos de una escuela de Medicina de Chile, se encontró que si existe un agotamiento emocional y despersonalización. (41)

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. Esta relación se ha tensado por el rápido incremento del diagnóstico basado en la tecnología en la medicina moderna y el cambio resultante de alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente a los laboratorios y los procedimientos diagnósticos basados en computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención del paciente. La Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina ha manifestado que se espera que las escuelas de medicina formen médicos altruistas, compasivos y empáticos para con sus pacientes. Asimismo, el Colegio Estadounidense de Medicina Interna ha recomendado desde hace ya tiempo que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se instilen y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico. Lo anterior no solamente con la finalidad de mejorar la relación médico-paciente sino también para aumentar la calidad de la atención a pacientes. En un estudio realizado para la Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina, el análisis de factores confirmó la presencia de por lo menos tres componentes. La medición de la empatía es el primer paso para examinar su nivel de permanencia desde el ingreso a la carrera de medicina hasta el tiempo de una especialidad médica. También permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de sus pacientes. (42)

3.6 Estrés

3.6.1 Definición

La real academia española define estrés como: tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. **(43)** En términos generales se entiende estrés como la tensión o presión psicológica, es decir, a las respuestas emocionales y corporales incómodas a situaciones estresantes. **(44)** Existen estudios como el de Richardsen y Burke **(45)** que encontraron una relación entre estrés elevado y menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de los pacientes. Otros estudios, como el de Simpson y Grant **(46)** revelaron que existe sólo estrés moderado en residentes que inician su especialidad.

3.6.2 Fases del estrés **(47)**

El fisiólogo canadiense Hans Selye sostenía que reaccionamos a los estresores físicos y psicológicos en tres etapas a las que denominó el *síndrome de adaptación general* (SAG). Las cuales son:

- **Reacción de alarma**

Es la primera respuesta al estrés. Empieza cuando el cuerpo reconoce que debe eludir algún peligro físico o psicológico. Las emociones se intensifican. La actividad del sistema nervioso simpático se incrementa, lo que da por resultado la liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales. Nos volvemos más sensibles y alertas, nuestra respiración y latido cardíaco se aceleran, los músculos se tensan y también experimentamos otros cambios fisiológicos.

En la etapa de alarma el individuo puede usar estrategias directas o defensivas de afrontamiento. Si ninguna de esas aproximaciones reduce el estrés, entramos eventualmente en la segunda etapa de adaptación.

- **Etapa de resistencia**

Aparecen síntomas físicos y otras señales de tensión mientras luchamos contra la creciente desorganización psicológica. Se intensifica el uso de las técnicas directas y defensivas de afrontamiento. Si el individuo logra

reducir el estrés, regresa a un estado más normal. Pero si el estrés es extremo o prolongado, la desesperación puede hacer que recurramos a técnicas inapropiadas de afrontamiento y que nos aferremos a ellas con rigidez, a pesar de la evidencia de que no están funcionando. Cuando esto sucede, el individuo empieza a agotar recursos físicos y emocionales, y se hacen evidentes las señales de desgaste físico y psicológico.

- **Etapas de agotamiento**

El individuo se vale de mecanismos cada vez más ineficaces de defensa en un intento desesperado por controlar el estrés. Algunas personas pierden el contacto con la realidad y muestran señales de trastorno emocional o enfermedad mental en esta etapa. Otras muestran señales de estar exhaustas, como incapacidad para concentrarse, irritabilidad, aplazamiento y creencia cínica de que nada vale la pena.

Pueden manifestarse síntomas físicos como problemas dérmicos o estomacales, y algunas víctimas del agotamiento recurren al alcohol o a las drogas para afrontar el agotamiento inducido por el estrés. En otras palabras, las reacciones fisiológicas que prepararon al individuo para afrontar de manera efectiva las fases de alarma y resistencia, a la larga, lo debilitan.

3.6.3 Test Escalas de Apreciación del Estrés (EAE) (48)

Uno de los fenómenos de la actualidad es sin duda el estrés. Son muchos los ámbitos donde el estudio del estrés ocupa un papel fundamental: en el mundo sociolaboral, en la conducción, en la vejez y a lo largo de todo el ciclo vital. Es precisamente en estos cuatro campos donde se centra el EAE y ofrece cuatro escalas independientes: Escala General de Estrés, Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos, Escala de Estrés Socio-Laboral, Escala de Estrés en la Conducción. El test posee las siguientes características relevantes, conocer el número de acontecimientos estresantes, apreciar la intensidad con la que cada uno vive o ha vivido esos sucesos y conocer si esos acontecimientos estresantes han dejado de afectarle o todavía le siguen afectando.

Incluye en cada una de estas escalas tres categorías o parámetros de medida:

- Presencia/ No presencia de los distintos acontecimientos estresantes.
- Valoración personal de la intensidad con que han afectado dichos acontecimientos.
- Afectación en la actualidad o en el pasado.

En la valoración de los resultados se tiene en cuenta las tres categorías evaluadas en cada escala, si el número de agentes de estresantes es o no significativo. Se analiza si hay discriminación en la afectación en el tiempo. Se considera la vigencia de los agentes estresantes y su incidencia en la vida del sujeto y se analiza la relevancia de los sujetos estresantes señalados por el sujeto en toda la escala y su posible jerarquía.

3.6.4 Estudios sobre estrés

En un estudio realizado por Prieto-Miranda, López-Benítez y Jiménez-Bernardino en 2007 donde participaron médicos de diferentes especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, cuyo objetivo fue medir la calidad de vida de los mismos en los años de residencia, encontró que existían diferencias en los residentes al inicio y al final del primer año de su especialidad. Existió un descenso en la calidad de vida después de un año de exposición a los estudios de especialidad. Cuando se comparó a las especialidades médicas y quirúrgicas, se encontró mayor afectación en la rama médica, siendo medicina interna una de las más afectadas. El estudio también estudió a los residentes con dos y tres años de especialidad, sin que existiera un descenso significativo de la calidad de vida, pero tampoco hubo mejoría de la misma. Dentro de los aspectos de calidad de vida evaluados, este estudio encontró que el más afectado fue la función física. Se menciona que la privación del sueño es una de los mayores factores que contribuyen al cansancio físico de los médicos residentes. Otro factor que se plantea como reductor de la calidad de vida en el estudio es el de tener hasta 95 horas de trabajo semanal, como en el caso de medicina interna. Parte de este estudio plantea que durante el desarrollo de una especialidad médica se encuentran niveles de estrés superiores a los de la población en general. Dentro de los factores asociados se

mencionan: sobrecarga de trabajo, privación del sueño, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, conocimientos médicos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros e incertidumbre respecto al futuro profesional. (49)

Los datos presentados en este estudio son similares a los datos obtenidos por un estudio canadiense en el que se obtuvieron las fuentes primarias de estrés según la visión de los encuestados. "Presiones de tiempo en el trabajo" fue una de las mayores fuentes de estrés, mientras que las fuentes de satisfacción fueron las relaciones con pacientes y colegas. El estudio concluye que, tanto para hombres y mujeres, niveles altos de estrés ocupacional estaban asociados a menor satisfacción en la práctica médica y más actitudes negativas sobre el sistema de atención y el cuidado de la salud en general. Del mismo modo, mientras más satisfacción laboral menores estresores laborales se mencionaban y existía una actitud más positiva sobre el cuidado de la salud. (45)

Pero no sólo estudios descriptivos se han realizado. En 2009 se realizó, en Nueva York, un curso de educación médica continua que determinó si existía mejoramiento en el bienestar general de los médicos, estrés psicológico, burnout y la capacidad de relacionarse con los pacientes. El curso incluyó meditación consciente, ejercicios de autoconciencia, narraciones sobre experiencias significativas clínicas, entrevistas apreciativas, material didáctico y discusiones. El estudio demostró que existía un mejoramiento en las sub escalas de burnout, empatía y una sub escala de creencia del médico. (50)

En otro estudio realizado en España, que se enfocó en determinar los niveles de estrés en médicos residentes obtuvo que el sexo femenino presentó mayor puntuación de estrés laboral, los médicos jóvenes presentaron mayores niveles de estrés junto con los médicos que tienen menos experiencia profesional (reflejada en meses de residencia). A medida que los médicos residentes se acercaban a la finalización de su especialidad el estrés fue menor. Al igual que el estudio mencionado, realizado por Prieto-Miranda et. Al, existió mayor estrés laboral

entre los residentes de especialidades médicas que entre los residentes de especialidades quirúrgicas, aunque este estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas. Dentro de los aspectos identificados en el estudio como productores de mayor estrés laboral fueron: horas de trabajo semanal y número de pacientes atendidos. La encuesta descrita en el estudio también ofrece un detalle de las fuentes de mayor estrés (de mayor a menor): complicaciones graves del estado del enfermo, complicaciones durante la prescripción de medicación I.V., exceso de trabajo que conlleva a atención de urgencias, tener que tomar decisiones sin criterios de actuación claros, turnos de fin de semana, tener que atender a un familiar y/o amigo, que la falta de coordinación en la asistencia intra y extrahospitalaria repercuta en el paciente y los días de turno. En general el estudio concluye que los residentes presentan un nivel moderado de estrés. (51)

Según el estudio sobre impacto del estrés laboral en el anestesiólogo, realizado por Calabrese en el año 2006, existen diferencias propias de cada especialidad médica, siendo en este caso las particularidades propias de lo que refieren como alto estrés caracterizada por la puntualidad en el trabajo, la realización de varias tareas al mismo tiempo, amplia dedicación laboral, ambiciones propias, responsabilidad, competitividad, precisión, detallismo, situaciones frustrantes y de difícil relacionamiento. Esto genera una prevalencia en el padecimiento del síndrome de burnout que varía entre 28 a 44% según la carga laboral. (52)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio descriptivo de corte transversal

4.2 Unidad de análisis

- 4.2.1 **Unidad primaria de muestreo:** Residentes de las especialidades médicas de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría de primer, segundo, tercer y cuarto año (solo residencia en cirugía) del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a febrero de 2015.
- 4.2.2 **Unidad de análisis:** Resultados obtenidos en los Test de Rosemberg (autoestima), Test d2 (atención), Test EAE (estrés) y test TECA (empatía).
- 4.2.3 **Unidad de información:** Residentes de las especialidades médicas de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría de primer, segundo, tercer y cuarto año (solo residencia en cirugía) del Hospital Roosevelt.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

256 residentes de especialidades médicas del Hospital Roosevelt.

4.3.2 Marco muestral:

Comprendió a los residentes de las siguientes especialidades médicas: Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

4.3.3 Muestra:

Se utilizó una muestra no probabilística de conveniencia.

4.3.4 Tamaño de la muestra:

200 personas, residentes de las especialidades médicas de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina interna y Pediatría.

4.3.5 Métodos y técnicas de muestreo:

El presente estudio es de tipo no probabilístico voluntario.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Todo médico residente, hombre o mujer, de las especialidades médicas de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría del Hospital Roosevelt en el año 2015.
- Todo médico residente, hombre o mujer, que aceptó voluntariamente participar en el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Cualquier residente que no completó los 4 test a realizar o la boleta de recolección de datos.
- Cualquier residente que se encontraba de vacaciones, se retiró al momento del trabajo de campo, o no asistió a las fechas seleccionadas para realizar los test.

4.5 Enfoque y diseño de la investigación

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

4.6 Medición de las variables

Macro Variable	Variable	Definición Teórica (conceptual)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador	Instrumento
SALUD MENTAL	Autoestima	Un constructo que representa la concepción que uno tiene de sí mismo como ser físico, social y espiritual	Resultado mayor de 30 puntos en el test de Rosenberg.	Cualitativo	Ordinal	• Autoestima elevada • Autoestima medio • Autoestima bajo	Test de Rosenberg
	Atención selectiva	Capacidad para centrarse en uno o dos estímulos importantes mientras se suprime deliberadamente la conciencia de otros estímulos distractores.	Resultado dentro de la media en el test d2.	Cualitativa	Ordinal	• Atención elevada • Atención normal • Atención baja	Prueba de atención D2
	Empatía	Habilidad que nos permite saber cómo se sienten las otras personas o que es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones.	Resultado dentro de la media en el Test de Empatía Afectiva y Cognitiva (TECA).	Cualitativa	Ordinal	• Extremadamente alta • Alta • Media • Baja • Extremadamente Baja	Test de empatía afectiva y cognitiva "TECA"
	Estrés	Tensión o presión psicológica a las respuestas emocionales y corporales incómodas a situaciones estresantes.	Resultado dentro de la media para el test de Escalas de Apreciación del Estrés (EAE).	Cualitativa	Ordinal	• Estrés alto • Estrés normal • Estrés bajo	Test de Escala de Apreciación del Estrés

	Horas laborales semanales	Código de trabajo. Artículo 116: La jornada ordinaria de trabajo no puede ser mayor de ocho horas diarias, ni exceder de un total de cuarenta y ocho horas a la semana. (53)	Horas promedio de trabajo intrahospitalario, desde el momento en que se ingresa al establecimiento hasta la salida del mismo, durante una semana calendario.	Cuantitativa	Razón	• 80 – 100 h • 101 – 120 h • Mayor a 120 h	Boleta de recolección de datos
	Año de Residencia	Año de formación en una especialidad médica.	Año de residencia que se cursa al momento de llenar la boleta de información.	Cualitativa	Nominal	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año	Boleta de recolección de datos
	Especialidad Médica	Estudios cursados por un graduado en medicina que lo dotan de conocimientos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, técnicas quirúrgicas específicas o un método diagnóstico determinado.	Especialidad de posgrado que cursa el individuo a estudio actualmente.	Cualitativa	Nominal	Anestesia Cirugía Ginecobstetricia Medicina Interna Pediatría	Boleta de recolección de datos
	Sexo	Conjunto de los individuos de una especie que comparten una de estas dos series de características, hombre y mujer.	Sexo colocado en la boleta de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Boleta de recolección de datos

4.7 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.7.1 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron la entrevista estructurada y el test estandarizado. La encuesta se realizó por medio de la boleta de recolección de datos, en la cual se obtuvo la información de las variables de caracterización demográfica (horas laboradas, año de residencia, especialidad médica y sexo). Para la recolección del resto de información se utilizaron 4 test estandarizados y validados, los cuales permitieron determinar el nivel de atención selectiva, autoestima, empatía y estrés.

4.7.2 Procesos

- Se coordinó con las jefaturas de las especialidades de Anestesia, Cirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría, y se estableció el día y la hora en que se reunieron los residentes para responder los test.
- En el día designado para cada especialidad, se dio una breve explicación a los residentes sobre el estudio a realizar. Se les solicitó que firmaran la ficha del consentimiento informado, posteriormente se procedió a repartir los test estandarizados y la boleta de recolección de datos, los cuales contestaron.
- Se recopilaron los test, solicitándole a los participantes que dejarán la boleta de información junto con los test en una caja sellada, de esta manera se garantizó el anonimato de los encuestados.

4.7.3 Instrumentos de medición

4.7.3.1 Test de empatía

Nombre: TECA, Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.

Autores: Belén López-Pérez, Irene Fernández-Pinto y Francisco José Abad.

Procedencia: TEA Ediciones (2008).

Aplicación: Individual.

Ámbito: Adultos: Organizacional, Social y Clínico.

Duración: Entre 5 y 10 minutos, aproximadamente.

Finalidad: Apreciación de la capacidad empática desde una aproximación cognitiva y afectiva.

Evalúa una dimensión global de empatía y cuatro escalas específicas: Adopción de Perspectivas, Comprensión emocional, Estrés Empático y Alegría Empática.

Descripción del Test:

El TECA es una medida global de la empatía compuesta por 33 ítems. En su versión original en castellano, presenta una estructura de cuatro factores. La primera dimensión, Adopción de Perspectivas, hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona. La dimensión Comprensión Emocional se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas. El Estrés Empático es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona. Finalmente, la dimensión Alegría Empática hace referencia a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona.

Material: Manual, ejemplar autocorregible.

Interpretación de Perfiles:

Percentil	Significación	T
94-99	Extremadamente alta	66 o superior
70-93	Alta	56 a 65
31-69	Media	45 a 55
7-30	Baja	35 a 44
1-29	Extremadamente baja	34 o inferior

4.7.3.2 Test de Atención

Nombre: Test de atención d2 (Adaptación española)

Autor: Nicolás Seisdedos Cubero

Administración: Individual o colectiva

Duración: Variable, entre 8 y 10 minutos, incluidas las instrucciones previas, aunque hay un tiempo limitado de 20 segundos para la ejecución de cada una de las 14 filas del test.

Aplicación: Niños, adolescentes y adultos.

Significación: Evaluación de varios aspectos de la atención selectiva y de la concentración.

Tipificación: Baremo de la población general y de adultos en varios grupos, en puntuaciones percentiles y típicas; hay también un baremo general para las aplicaciones colectivas con un tiempo único.

Descripción del test:

El test d2 pertenece a la categoría de los instrumentos que pretenden medir los procesos de atención, concentración mental, esfuerzo o control atencional.

El d2 es una medida concisa de la atención y concentración, alude a la selección de estímulos enfocada de modo continuo a un resultado. La parte central de estos procesos es la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los irrelevantes y además hacerlo en forma rápida y precisa.

El test mide la velocidad de procesamiento, el seguimiento de las instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales similares y que, por tanto, permiten la estimación de la atención y concentración de una persona de 8 a 60 años de edad.

El ejemplar autocorregible está formado aparentemente por una sola hoja (aunque en realidad son dos pegadas por los bordes). La tarea del sujeto es revisar atentamente de izquierda a derecha el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las

dos abajo, o una arriba y otra abajo). En el manual estos elementos se conocen como elementos relevantes. Las demás combinaciones se consideran irrelevantes, porque no deberían ser marcadas.

Resultados:

TR, total de respuestas: número de elementos intentados en las 14 líneas.

TA, total de aciertos: número de elementos relevantes correctos.

O, Omisiones: número de elementos relevantes intentados pero no marcados.

C, comisiones: número de elementos irrelevantes marcados.

TOT, efectividad total de la prueba: $(TR - (O + C))$.

CON, índice de concentración $(TA - C)$.

Materiales: Hojas de respuestas mecanizadas, material de ejemplares autocorregibles, manual de instrucciones.

4.7.3.3 Test de Estrés

Nombre: Escala de Apreciación del estrés.

Autores: José Luis Fernandez Seara y M. Mielgo Robles.

Duración: Tiempo variable de 20 a 30 minutos.

Aplicación: Adultos de 18 a 35 años; individual y en grupo.

Significación: Se evalúa a partes de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia y la intensidad con que afectan la vida de cada sujeto.

Enfoque: Cognitivo-Transaccional de Lazarus.

Finalidad: La finalidad es apreciar la intensidad con la que cada uno vive o ha acontecimientos estresantes.

Editorial: TEA Ediciones.

Descripción del test:

La prueba consta de cuatro escalas independientes: escala general de estrés, escala de acontecimientos estresantes, escala de estrés socio-laboral y escala de estrés en la conducción. Todas las variables presentan 3 categorías las cuales son: presencia o ausencia del acontecimiento estresantes en la vida del sujeto, intensidad con la que ha vivido o se vive esos acontecimientos estresantes y vigencia del acontecimiento estresante, si ha dejado de afectarle o si todavía le afecta.

El test consta de 50 enunciados con categorías como la relación con factores externos (físicos, ambientales y contexto), relación con uno mismo, relación con otros conductores.

Materiales: Hojas de respuestas mecanizadas, Material de ejemplares autocorregibles, manual de instrucciones.

4.7.3.4 Test de Rosenberg

Nombre: Escala de autoestima de Rosenberg

Autor: Morris Rosenberg (1965)

Objetivo: Conocer los grados de autoestima y contribuir así en el proceso diagnóstico ya que la autoestima en muchas personas es su principal fuente de conflicto.

Tiempo de aplicación: 5-10 minutos

Material: Manual y ejemplar.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito: Clínico

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Descripción:

La escala consta de 10 ítems, frases de las que 5 están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrado.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas:

La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

4.7.3.5 Boleta de recolección de datos

Consta de 5 ítems, los cuales proporcionan datos sobre: especialidad médica, año de residencia, sexo, fecha de último turno y horario laboral. Los primeros tres son ítems de opción múltiple, mientras que los siguientes son de completación. (Ver anexos: 11.3)

4.8 Procesamiento de datos

4.8.1 Procesamiento

La información obtenida de los instrumentos de evaluación fue tabulada y digitalizada en el programa Microsoft Excel, de donde se obtuvo las tablas y gráficas correspondientes. Se verificó que la información fuera trasladada de manera completa y sin errores.

En este estudio se tomaron 8 variables, las cuales son: atención, autoestima, empatía, estrés, horas laborales, año de residencia, especialidad médica y sexo utilizando diversos instrumentos para su medición.

Se utilizaron 4 test psicométricos para la medición de las variables: atención (Test d2), autoestima (Test de Rosenberg), empatía (TECA) y estrés (Test EAE). Para las otras variables: horas laborales, año de residencia y especialidad médica se utilizó una boleta de recolección de datos generales de donde se obtuvo la información. Se realizó la corrección de los test usando los manuales específicos para cada una de las pruebas. Se realizó la clasificación de acuerdo a los siguientes parámetros:

Test de Rosenberg

La escala consta de 10 ítems; de los cuales, del 1 al 5 están enunciadas de forma positiva y del 6 al 10 están enunciadas de forma negativa. Las respuestas se valoran de la siguiente manera:

A	Muy de acuerdo
B	De acuerdo
C	En desacuerdo
D	Muy en desacuerdo

En los ítems del 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 y del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Se clasifica de acuerdo a la siguiente escala:

Puntuación	Clasificación	Significado
De 30 a 40 puntos	Autoestima elevada	Considerada como normal
De 26 a 29 puntos	Autoestima media	No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
Menos de 25 puntos	Autoestima baja	Existen problemas significativos de autoestima.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)

El test consta de 33 ítems, los cuales evalúan empatía global pero a su vez cuentan con cuatro escalas que miden capacidades más específicas: Adopción de

Perspectivas (AP), Comprensión Emocional (CE), Estrés Empático (EE) y Alegría Empática (AE), así:

Nombre de la escala	Ítems
Adopción de perspectivas	8
Comprensión emocional	9
Estrés empático	8
Alegría empática	8
Total	33

Las respuestas se valoran en una escala de 1 a 5 puntos según el grado en que la persona evaluada se identifica con las frases que se le presentan:

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Neutro
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Si una vez recogido el ejemplar, se han dejado 6 o más elementos sin responder, el test se considerará inválido.

Se suman las puntuaciones de cada ítem y se obtiene una puntuación directa en cada capacidad específica, éstas se suman obteniendo una puntuación total, la cual se compara con el baremo (contenido en el manual TECA) obteniendo una puntuación centil y se clasifica de la siguiente manera:

Puntuación centil	Significación
94 a 99	Extremadamente alta
70 a 93	Alta
31 a 69	Media
7 a 30	Baja
1 a 29	Extremadamente baja

Test de atención d2

Un análisis de la prueba ofrece 658 estímulos repartidos en 14 filas con 47 elementos cada una. En cada fila el sujeto dispone de 20 segundos para analizar el mayor número y determinar si cada uno cumple con la condición elegida. Por

tanto, la puntuación directa máxima es de 658 en total de respuestas (TR) y 299 en total de aciertos (TA). En este estudio se evaluó la efectividad de atención (TOT), que es el número de elementos procesados (TR) menos el número total de errores cometidos (O + C). Es una medida de la cantidad de trabajo realizado después de eliminar el número de errores cometidos. Se distribuye normalmente, tiene una buena fiabilidad, y proporciona una medida de control atencional e inhibitorio y de la relación entre la velocidad y la precisión de los sujetos. Es la medida principal para la validación del test y la más utilizada en estudios experimentales y aplicados.

La interpretación se realizó de acuerdo al baremo en adultos (varones y mujeres) de 19 a 88 años (N= 733) (contenido en el manual Test de atención d2), cuya media es de 430.71 con una desviación estándar de 99.75. Se utilizó todos los resultados por debajo de la desviación estándar (Dt), considerados como atención baja; todos los resultados encima de la Dt, considerados como atención elevada; los resultados obtenidos dentro de esta Dt se consideraron como atención normal.

Una Dt por encima de la media	Atención elevada
Media +- Dt	Atención normal
Una Dt por debajo de la media	Atención baja

Test: Escalas de apreciación del estrés

La escala consta de 53 ítems, distribuidos en la temática socio-laboral. Esta escala va dirigida a la población que está trabajando, comprendida entre las edades de 18 a 60 años.

El test evaluó si se encuentra presente el estrés, en que intensidad (que va de 0 a 3) y en qué tiempo (situación actual o pasada).

Se suman los valores de intensidad en actual (A) y pasado (P) en donde se obtuvieron respuestas positivas (es decir que el ítem sí causa estrés en el encuestado). Se obtiene un valor de intensidad total, el cual se compara con el baremo, cuya media es de 57.7 con una Dt de 15.6.

Una Dt por encima de la media	Estrés alto
Media $\pm$ Dt	Estrés normal
Una Dt por debajo de la media	Estrés bajo

Para poder describir la situación de salud mental, se presentará en un cuadro simple las variables atención selectiva, autoestima, empatía y estrés, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes, de acuerdo a los resultados obtenidos por especialidad médica, año de residencia y horas laborales semanales.

Las variables que se cruzarán, de acuerdo a los objetivos planteados así: horas laborales, año de residencia, especialidad médica y sexo con los cuatro enfoques de salud mental; como se esquematiza a continuación:

	Enfoque de Salud mental: atención selectiva, autoestima, empatía y estrés		
Especialidad médica, año de residencia, horas laborales semanales y sexo.			
Total			

4.8.2 Análisis de datos

Una vez realizados los cuadros correspondientes de las variables, se obtendrá la media en cada una de las entradas. Luego se realizará un análisis utilizando como base las clasificaciones de cada test psicométrico realizado para luego proceder a la descripción de los objetivos planteados. Se elaborará una base de datos utilizando el programa SPSS para facilitar el manejo de la información.

4.9 Límites de la investigación

4.9.1 Obstáculos

En esta investigación la dificultad que se pudo tomar en cuenta es: La poca disponibilidad de los médicos residentes del Hospital Roosevelt debido a la falta de tiempo, falta de permisos, realización de actividades del postgrado y compromiso con la atención médica de pacientes.

4.9.2 Alcances

Con la presente investigación se demostró la importancia de describir el estado de salud mental de los médicos residentes que cursan los postgrados de medicina en el Hospital Roosevelt. Es necesario para caracterizar y perfilar al médico residente que ingresa a un postgrado, a quien se le ha dado muy poca importancia a su bienestar psíquico; lo cual puede contribuir al deterioro y disfuncionalidad personal, familiar, profesional y social. La elaboración de una propuesta de salud mental sobre atención, autoestima, empatía y estrés dirigido a los médicos residentes contribuirá a la ampliación y mejoramiento del desempeño laboral y de la productividad.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

En el desarrollo de este trabajo de graduación se veló por el cumplimiento de los principios éticos universales, aplicando las categorías de riesgo y el consentimiento informado de los participantes.

4.10.1 Principios éticos generales

La investigación que se realizó cumple con los 3 principios éticos generales que debe cumplir todo estudio que tenga que ver con seres humanos, siendo estos: respeto por las personas incluyendo las dos consideraciones éticas: beneficencia y justicia.

Respeto por las personas:

Con esta investigación se respetó la autonomía de los residentes de los postgrados de anestesia, cirugía, ginecobstetricia, medicina interna y pediatría del Hospital

Roosevelt; ya que únicamente participaron en las evaluaciones todos aquellos residentes que accedieron a participar voluntariamente. No representó ningún daño para los mismos debido a que es un estudio únicamente evaluativo y no experimental.

Beneficencia:

Se cumplió con este principio, ya que la investigación no representó ningún daño a los residentes de los postgrados del Hospital Roosevelt, al contrario, sirvió para evaluar su estado de salud mental y mejorar sus deficiencias.

Justicia:

La investigación se realizó con el principio básico de Justicia, debido a que los residentes de los diferentes postgrados del Hospital Roosevelt tuvieron la oportunidad de elegir si deseaban participar en las evaluaciones.

4.10.2 Categoría de Riesgo

La investigación corresponde a la categoría I (Sin Riesgo), debido a que solo se utilizaron técnicas observacionales, como lo son las evaluaciones por medio de test que miden el estado de salud mental.

5. RESULTADOS

El estudio se realizó en el Hospital Roosevelt durante los meses de enero y febrero del año 2015. Se evaluó a 200 residentes, de 5 especialidades: 27 residentes de anestesia, 39 residentes de cirugía, 29 residentes de ginecobstetricia, 42 residentes de medicina interna, 62 residentes de pediatría, desde primer a cuarto año de residencia(tablas 1 y 2). Los cuales trabajaron un promedio de 100 horas a la semana, en un rango entre 80 a 143 horas. De los entrevistados 52.7% eran de sexo femenino.

Tabla 1

Distribución de residentes según especialidad médica, año de residencia y sexo del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Especialidad	Año Residencia	F	M	Subtotal	Total
Anestesia	R1	6	4	10	27
	R2	9	0	9	
	R3	5	3	8	
Cirugía	R1	6	10	16	39
	R2	1	8	9	
	R3	1	5	6	
	R4	2	6	8	
Ginecobstetricia	R1	8	5	13	29
	R2	3	5	8	
	R3	6	2	8	
Medicina Interna	R1	6	13	18	42
	R2	6	7	13	
	R3	1	9	10	
Pediatría	R1	17	11	28	63
	R2	16	4	20	
	R3	12	3	15	
Total		105	95	200	200

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla 2

Distribución según especialidad y sexo de resultados obtenidos en test Rosenberg de autoestima en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Especialidad	Sexo	Elevada		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Anestesia	F	19	70%	1	4%	0	0%	27
	M	6	22%	1	4%	0	0%	
Cirugía	F	10	26%	0	0%	0	0%	39
	M	27	69%	1	3%	1	3%	
Ginecobstetricia	F	17	59%	0	0%	0	0%	29
	M	11	38%	1	3%	0	0%	
Medicina Interna	F	12	29%	1	2%	0	0%	42
	M	25	60%	4	10%	0	0%	
Pediatría	F	40	63%	5	8%	0	0%	63
	M	16	25%	2	3%	0	0%	
TOTALES		183	91.5%	16	8.0%	1	0.5%	200

Fuente: Recolección personal.

Tabla 3

Distribución según año de residencia y sexo de resultados obtenidos en test Rosenberg de autoestima en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Año de residencia	Sexo	Elevada		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
RI	F	39	45%	4	5%	0	0%	86
	M	41	48%	2	2%	0	0%	
RII	F	33	56%	2	3%	0	0%	59
	M	19	32%	5	8%	0	0%	
RIII	F	24	51%	1	2%	0	0%	47
	M	20	43%	2	4%	0	0%	
RIV	F	2	25%	0	0%	0	0%	8
	M	5	63%	0	0%	1	13%	
TOTALES		183	91.5%	16	8.0%	1	0.5%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 4

Distribución según especialidad y sexo de resultados obtenidos en test D2 de atención selectiva en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Especialidad	Sexo	Alta		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Anestesia	F	2	7%	18	67%	0	0%	27
	M	3	11%	4	15%	0	0%	
Cirugía	F	3	8%	7	18%	0	0%	39
	M	9	23%	18	46%	2	5%	
Ginecobstetricia	F	1	3%	16	55%	0	0%	29
	M	2	7%	9	31%	1	3%	
Medicina Interna	F	3	7%	9	21%	1	2%	42
	M	3	7%	25	60%	1	2%	
Pediatria	F	8	13%	35	56%	2	3%	63
	M	3	5%	14	22%	1	2%	
TOTALES		37	18.5%	155	77.5%	8	4.0%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 5

Distribución según año de residencia y sexo de resultados obtenidos en test D2 de atención selectiva en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Año de residencia	Sexo	Alta		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
RI	F	8	9%	35	41%	0	0%	86
	M	7	8%	32	37%	4	5%	
RII	F	3	5%	31	53%	1	2%	59
	M	6	10%	17	29%	1	2%	
RIII	F	5	11%	18	38%	2	4%	47
	M	3	6%	19	40%	0	0%	
RIV	F	1	13%	1	13%	0	0%	8
	M	4	50%	2	25%	0	0%	
TOTALES		37	18.5%	155	77.5%	8	4.0%	200

Fuente: Recolección personal.

Tabla 6

Distribución según especialidad y sexo de resultados obtenidos en test TECA de empatía en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Especialidad	Sexo	Extremadamente Alta		Alta		Media		Baja		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Anestesia	F	4	15%	6	22%	8	30%	2	7%	0	0%	27
	M	1	4%	2	7%	1	4%	2	7%	1	4%	
Cirugía	F	2	5%	0	0%	6	15%	1	3%	1	3%	39
	M	0	0%	2	5%	7	18%	16	41%	4	10%	
Ginecobstetricia	F	0	0%	0	0%	12	41%	5	17%	0	0%	29
	M	0	0%	0	0%	7	24%	4	14%	1	3%	
Medicina Interna	F	2	5%	4	10%	6	14%	1	2%	0	0%	42
	M	0	0%	4	10%	13	31%	10	24%	2	5%	
Pediatria	F	1	2%	13	21%	21	33%	9	14%	1	2%	63
	M	1	2%	2	3%	8	13%	6	10%	1	2%	
TOTALES		11	6%	33	17%	89	45%	56	28%	11	6%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 7

Distribución según año de residencia y sexo de resultados obtenidos en test TECA de empatía en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Año de Residencia	Sexo	Extremadamente Alta		Alta		Media		Baja		Extremadamente Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
RI	F	4	5%	13	15%	17	20%	7	8%	2	2%	86
	M	0	0%	5	6%	15	17%	20	23%	3	3%	
RII	F	2	3%	6	10%	23	39%	4	7%	0	0%	59
	M	0	0%	1	2%	14	24%	7	12%	2	3%	
RIII	F	2	4%	4	9%	12	26%	7	15%	0	0%	47
	M	2	4%	4	9%	5	11%	8	17%	3	6%	
RIV	F	1	13%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%	8
	M	0	0%	0	0%	2	25%	3	38%	1	13%	
TOTALES		11	5.5%	33	16.5%	89	44.5%	56	28.0%	11	5.5%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 8

Distribución según especialidad y sexo de resultados obtenidos en test EAE de estrés en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Especialidad	Sexo	Alta		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Anestesia	F	12	44%	7	26%	1	4%	27
	M	3	11%	2	7%	2	7%	
Cirugía	F	2	5%	8	21%	0	0%	39
	M	4	10%	15	38%	10	26%	
Ginecobstetricia	F	4	14%	7	24%	6	21%	29
	M	1	3%	6	21%	5	17%	
Medicina Interna	F	2	5%	6	14%	5	12%	42
	M	5	12%	16	38%	8	19%	
Pediatria	F	11	17%	24	38%	10	16%	63
	M	4	6%	7	11%	7	11%	
TOTALES		48	24%	98	49%	54	27%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 9

Distribución según año de residencia y sexo de resultados obtenidos en test EAE de estrés en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Año de residencia	Sexo	Alta		Media		Baja		TOTALES
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
RI	F	14	16%	23	27%	6	7%	86
	M	6	7%	26	30%	11	13%	
RII	F	12	20%	15	25%	8	14%	59
	M	6	10%	9	15%	9	15%	
RIII	F	5	11%	12	26%	8	17%	47
	M	4	9%	10	21%	8	17%	
RIV	F	0	0%	2	25%	0	0%	8
	M	1	13%	1	13%	4	50%	
TOTALES		48	24.0%	98	49.0%	54	27.0%	200

Fuente: Recolección personal.

6. DISCUSION DE RESULTADOS

La red nacional de salud está sustentada principalmente por el trabajo de los médicos residentes en los hospitales del país. Estos residentes son especialistas en formación que deben ejercer un doble papel durante este periodo, que los obliga no solo a estar inmersos en un proceso de formación esencial para garantizar la correcta adquisición de conocimientos y habilidades clínicas, sino que también deben velar por el correcto funcionamiento asistencial del sistema de salud de nuestro país.

La disponibilidad de estos postgrados en medicina es una oportunidad tanto para producir un excelente recurso médico, con el fin de satisfacer las urgentes necesidades del sistema de salud guatemalteco, también para los médicos generales que desean continuar con un programa de especialización. A pesar de esta oportunidad el médico residente se ve sometido a una intensa jornada de trabajo de hasta 36 horas continuas, exigencias académicas, problemáticas familiares y personales, dificultades económicas entre otros, que definitivamente evidencia la necesidad de evaluar la salud mental en los médicos residentes. **(11)**

Esta carga no es excepción en el Hospital Roosevelt ya que un 100% de los médicos encuestados trabajó más de 80 horas semanales, siendo el límite según el código de trabajo, artículo 116, no mayor de 48 horas a la semana. **(53)** No solo los residentes sobrepasaban el horario establecido sino que en su mayoría lo duplicaban, trabajando un 39% de ellos entre 101-120 horas con un 7% que trabajaba más de 120 horas semanales (Anexos Tabla 1).

El objetivo de este estudio era describir el estado de salud mental basado en autoestima, atención selectiva, empatía y estrés en médicos residentes del Hospital Roosevelt. Encontrando que el 91.5% de los residentes presentó un nivel de autoestima alto, el cual es considerado el ideal (Tabla 2). Esto es congruente con un estudio realizado en Venezuela por Ginnari y colaboradores en el año 2000, que evaluó a residentes de tres hospitales, encontrando niveles por encima del valor estándar en dos de los grupos y valores normales en el grupo restante. **(8)** No se encontraron diferencias significativas en los niveles de autoestima entre especialidades; más que destacar que las especialidades médicas obtuvieron un porcentaje mayor de autoestima en niveles medios que las especialidades quirúrgicas.

Al comparar los resultados de autoestima con los años de residencia, se encontró que los que cursan segundo año, presentaron menor porcentaje de autoestima alta (88.1%) que los demás años (Tabla 3); se debe destacar que el estudio se realizó en los meses de enero y febrero, por lo que el desgaste psicológico que se experimenta en el primer año de residencia debe ser tomado en cuenta, como lo menciona Prieto-Miranda (49). Dentro de los datos obtenidos se encontró únicamente un residente con autoestima baja, el cual pertenece a cuarto año de cirugía, el cual podemos explicar como un trastorno propio de la persona que no caracteriza al grupo. No se encontraron diferencias marcadas entre los niveles de autoestima con respecto a las horas laborales semanales (Anexos Tabla 2).

La residencia con un mayor porcentaje de médicos con niveles altos de atención selectiva es cirugía con un 31% (Tabla 4). Esto cabe dentro del panorama general de las necesidades básicas desarrolladas dentro del ámbito quirúrgico y en especial en el de ésta residencia, dónde la atención y la concentración son esenciales; tomando en cuenta que laboran bajo presión de tiempo, con actividades minuciosas y con posibilidades nulas de error, por lo que deben trabajar con un nivel excepcional de atención selectiva, control de la distracción y evaluación constructiva que se forma con la preparación mental diaria que se debe tener previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica (11), por lo que una medida alta de control atencional y su relación entre la velocidad y precisión es congruente con esta especialidad médica. Cabe destacar que la única especialidad médica que no presenta ningún residente con niveles bajos de atención selectiva es anestesia; esta especialidad, dentro del grupo quirúrgico, se ve en la necesidad diaria de mantener un proceso atencional preciso ya que se enfrentan a condiciones de graves consecuencias con mínimos errores. Un estudio realizado en médicos anestesiólogos, que caracterizaba los errores cometidos durante los procedimientos quirúrgicos, reflejó que un 82% de estos involucraban error humano, por lo que se tiende a crear una metodología mental más objetiva y enfocada a prioridades para disminuir el riesgo laboral, esto disminuye la cantidad de omisiones y por lo tanto mejora la atención selectiva general (28).

Los residentes con un porcentaje mayor de resultados altos en atención selectiva se encuentran en el cuarto año representando un 63%; dentro del mismo año un 0% de los residentes obtuvo resultados bajos del test de atención. Es importante observar que el resto de años tuvo una distribución equitativa, presentando en los primeros tres años de residencia entre 78 a 81% de sus integrantes niveles medios de atención (Tabla 5). Esta distribución es coherente con el modelo neoconexionista

de la atención que demuestra cambios en la capacidad de atención a través de la práctica continuada, tanto en atención selectiva como sostenida (8) esto explicaría no solo la estabilidad de los datos dentro de los primeros tres años de residencia sino que también los niveles considerablemente más altos en los residentes de cuarto año.

La formación de procesos atencionales y principalmente en aquellos que involucran la participación de la corteza frontal son afectados por la carga de trabajo y la privación del sueño, afectando más la atención dirigida al control de la acción incluyendo respuestas a nuevos eventos, resolución de conflictos e inhibición de respuestas (29). La atención selectiva tiene participación de circuitos del lóbulo parietal inferior, el temporal superior y las regiones estriadas, por lo que una privación del sueño y el cansancio por largas jornadas de trabajo pueden afectar los procesos mentales de atención selectiva, pero no en la misma intensidad que aquellos formados en la corteza frontal. Tal y como podemos observar en los resultados obtenidos en el test d2, distribuidos en horas laborales semanales presentaron una distribución del 78% del total de residentes evaluados con un resultado de atención selectiva en niveles medios (Anexos Tabla 3), mientras que los resultados entre los médicos que se encontraban posturno no es diferente a los que no lo estaban, ambos presentaron niveles de atención altos en un 18% (Anexos Tabla 4).

Al evaluar empatía se encontró que la especialidad de anestesia obtuvo resultados extremadamente altos en un 19% y altos en un 27 % del total de sus residentes (Tabla 6). Esto puede deberse a la atención excesiva de los estados emocionales ajenos, propios del trabajo de un anestesiólogo en un procedimiento quirúrgico, que a largo plazo puede interferir en la capacidad de toma de decisiones, ya que tener en cuenta todos los puntos de vista supone una mayor carga cognitiva, llegando incluso a distorsionar el sufrimiento del otro hasta percibirlo como mayor de lo que en realidad es (37).

En cuanto a ginecobstetricia se obtuvo un 65% de residentes con empatía media, la cual es la considerada ideal según la significación de resultados del TECA. La especialidad de cirugía obtuvo resultados bajos en un 53% y extremadamente bajos en un 16% del total de sus residentes, este perfil se relaciona con déficit en habilidades de relación por un pensamiento rígido, una frialdad emocional excesiva y dificultad en la adopción de perspectivas (37). Con respecto a las especialidades clínicas, medicina interna y pediatría, se encontró una distribución similar, obteniendo 45% y 46% niveles medios de empatía respectivamente (Tabla 6).

Esto lo podemos relacionar con los resultados de Prieto-Miranda (49), que encontraron mayor despersonalización y carga emocional en las especialidades que lidian con enfermedades crónicas, muerte, pacientes graves, irrecuperables y peligrosos, como cirugía, medicina interna y pediatría; así también encontraron que el grado de despersonalización en los ginecobstetras disminuía conforme adquirían habilidades quirúrgicas.

Los resultados de la empatía distribuidos según el año de residencia mostraron que un 62% de los residentes de tercer año tienen un nivel ideal de empatía mientras que los residentes de primer año presentaron los niveles de empatía baja y extremadamente baja con mayor frecuencia (Tabla 7). La condicionante del año de residencia podría explicar estos resultados según la cercanía del inicio de la práctica privada por lo que en los últimos años de la carrera se empiezan a formar los criterios de trato de sujetos que no solo representan a un paciente sino que también a un usuario que pagará por un servicio, por lo que espera características como facilidad en la comunicación, una personalidad emotiva y cálida en el trato de relaciones interpersonales.

Al analizar las horas laborales semanales y los niveles de empatía se encontró que el porcentaje de residentes con niveles extremadamente bajos de empatía se incrementaban al aumentar las horas laborales, presentando un 21% en los que trabajaban más de 120 horas en comparación a 4% y 5% de los grupos de 80 a 100 horas y 100 a 120 horas respectivamente (Anexos Tabla 5). Esto debido a que el cansancio favorece la despersonalización, a su vez afectando la capacidad empática (49).

En cuanto a estrés, las mujeres presentaron niveles más altos, con un 29%, en comparación a 17.4% de los residentes de sexo masculino, sin embargo se distribuyeron de manera similar en la categoría de estrés medio (Tabla 8). Esto es congruente con un estudio realizado en España donde encontraron que las residentes mujeres presentaban niveles más altos a los de su contraparte masculina. (51)

También se pudo observar que un 55% (Tabla 8) de los residentes de anestesiología presentó niveles altos de estrés, siendo los más altos entre las especialidades evaluadas. Esto podría estar relacionado al perfil de trabajo de la especialidad, que se caracteriza por una intensa carga física y psíquica, con exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, frecuente manejo de pacientes envejecidos, complejos, en estado crítico, donde se deben de tomar decisiones de emergencia, con enfrentamiento a la muerte; en definitiva estas situaciones transforman emociones naturales en emociones estresantes.

(52). Así mismo, los residentes de ginecobstetricia presentaron los niveles más bajos de estrés (37.9%), encontrándose un resultado similar al estudio de Prieto-Miranda (49).

Los residentes de segundo año presentaron el porcentaje más alto de evaluados con un nivel de estrés alto, 30% (Tabla 9). En el año 1991 se realizó un estudio en Canadá en donde establece que para ambos sexos los niveles de estrés se ven directamente afectados por una menor satisfacción en la práctica médica y más actitudes negativas sobre el sistema de salud y el cuidado de la salud en general. (43). Como sabemos, el primer año de residencia presenta un reto tanto físico como psicológico, (49) por lo que se debe tomar en cuenta el momento en el cual se realizó el estudio, enero y febrero, por lo que aún no se observan estos cambios en los residentes de primer año sino más bien en los residentes de segundo año.

Se observó que a mayor cantidad de horas laborales en los residentes evaluados, aumenta el porcentaje que obtuvieron nivel bajo de estrés (Anexos Tabla 6). En el mismo estudio realizado en España (51) se encontró que dentro de los aspectos identificados como productores de mayor estrés laboral fueron: horas de trabajo semanal y número de pacientes atendidos. (45) Cabe mencionar que la totalidad de los residentes se ve expuesta a estos factores, ya que como se mencionó anteriormente el 100% de los mismos trabaja más del doble de las horas laborales semanales estipuladas en el código de trabajo y a su vez deben afrontar la elevada carga de trabajo, consecuencia de la centralización de los servicios de salud.

Para poder caracterizar a los residentes del Hospital Roosevelt se debe recordar la definición de salud mental de la OMS como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes (autoestima), puede afrontar las presiones normales de la vida (estrés), puede trabajar productiva y fructíferamente (atención) y es capaz de hacer una contribución a su comunidad(empatía)”.

Con esto en mente, podemos decir que los residentes presentaron un nivel elevado de autoestima, 91.5% (Tabla 2), lo cual es considerado lo normal permitiéndoles el conocimiento y valoración propio y de sus capacidades. Aproximadamente la mitad de los residentes manejo un nivel medio de estrés, siendo capaces de afrontar la presión aún en un ambiente de trabajo hostil. El 77.5 % de los residentes presentaron un nivel medio de atención selectiva, por lo tanto se encuentran dentro del rango normal, es decir se pueden desempeñar de manera productiva dentro de sus responsabilidades. Solamente el 45% de los residentes presentaron una empatía óptima (nivel

medio), esto es relevante, ya que afecta profundamente la relación médico-paciente, fundamental para el quehacer médico y la contribución a su comunidad.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 El 91.5% de los médicos residentes del Hospital Roosevelt tiene un nivel elevado de autoestima.
- 7.2 El 49% de los médicos residentes del Hospital Roosevelt manejan un nivel medio de estrés laboral.
- 7.3 La atención selectiva de los residentes del Hospital Roosevelt fue en un 77.5% de los casos de nivel medio.
- 7.4 Los médicos residentes del Hospital Roosevelt presentaron una empatía óptima en el 45% de los evaluados.
- 7.5 La empatía es el único enfoque de salud mental que se vio afectado por un mayor número de horas laborales semanales, presentando una empatía extremadamente baja en un 21% de los residentes del Hospital Roosevelt.
- 7.6 Los médicos residentes del Hospital Roosevelt que cursan el segundo año presentaron mayor afección en todos los enfoques de salud mental manifestando un menor nivel de autoestima, se encontró que eran el grupo menos empático presentando un porcentaje más alto de niveles bajos y extremadamente bajos en capacidad empática, así también se estableció que eran el grupo en el que un mayor porcentaje manejaba niveles altos de estrés laboral y aunque menos pronunciados, se encontró que fueron el grupo con menor porcentaje de niveles altos de atención.
- 7.7 El enfoque de autoestima no hubo diferencias significativas entre los grupos de residentes de las diferentes especialidades. Se encontró que en atención selectiva, los residentes de cirugía consiguieron mejores resultados, con un porcentaje mayor de residentes con niveles altos de atención, también se pudo constatar que los residentes de anestesia tuvieron un desempeño más homogéneo ya que no obtuvieron ningún resultado en nivel bajo de atención. Con respecto al estrés laboral se encontró que anestesia maneja los niveles más altos y ginecobstetricia presentó niveles más bajos. En cuanto a la empatía la especialidad de ginecobstetricia obtuvo mayor porcentaje de niveles óptimos, también se encontró que anestesia presentaba niveles altos y extremadamente altos, al contrario de cirugía que presentó los niveles más bajos, lo cual en ambos casos puede resultar contraproducente.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

- Descentralizar los servicios de salud, fortaleciendo el primer y segundo nivel de atención, de manera que se libere la sobrecarga laboral de los residentes, a causa de la gran afluencia de pacientes a los hospitales nacionales de tercer nivel.
- Mejorar la infraestructura y suministro de los hospitales de referencia, proporcionando instalaciones óptimas para la atención de pacientes, que sean accesibles, funcionales y suficientes.
- Proporcionar una remuneración económica digna, acorde a las jornadas de trabajo y a la carga física, psicológica y emocional a la que se ven sometidos los residentes, mejorando su situación personal.

8.2 Al Hospital Roosevelt

- Contratar suficiente personal paramédico y técnico para evitar que los residentes deban suplir las funciones que no competen con el quehacer médico permitiendo que éste realice sus responsabilidades de forma más efectiva.
- Crear ambientes donde los residentes puedan descansar cómodamente y realizar actividades que les permitan liberar el estrés y la tensión que genera el trabajo hospitalario.

8.3 A las Jefaturas de Departamento

- Velar por ambiente de trabajo agradable y sereno, evitando la despersonalización y el abuso jerárquico que atenta contra el bienestar emocional y psicológico de los residentes.
- Crear un programa estructurado en conjunto con el departamento de salud mental, de apoyo psicológico, que proporcione vías de liberación emocional.

8.4 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Velar por el trato digno de sus estudiantes siendo un ente protector y un intermediario entre las autoridades ministeriales y hospitalarias.

- Proporcionar a sus estudiantes de grado y posgrado herramientas que los ayuden a lidiar con la carga emocional de una manera saludable.

9. APORTES

El presente trabajo de graduación se realizó en cinco de los departamentos de especialidades médicas del Hospital Roosevelt. Los resultados obtenidos fueron compartidos y presentados tanto al comité de docencia e investigación, así como con las diferentes jefaturas de departamento, para tomar acciones concretas que mejoren el ambiente laboral contribuyendo a mejorar la situación de salud mental en sus diferentes enfoques de los médicos residentes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* [en línea] 1998 May [citado 22 Ago 2014]; 91(5): 237-243. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296698/pdf/jrsocmed00025-0009.pdf>
2. De Oliva Costa EF, Andrade Santos S, Rodrigues de Abreu Santos AT, Vieira de Melo E, Matos de Andrade T. Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics (Brasil)* [en línea] 2012 Jun [citado 22 Ago 2014]; 67(6): 573-579. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3370307/>
3. Guatemala. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social [en línea]. Guatemala: MSPAS; [citado 22 Ago 2014] Tercer nivel de salud. [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/tercer-nivel-de-atencion.html>
4. Albani P. La deshumanización afecta a los pacientes de los hospitales públicos. *La Hora*. [en línea] 20 Mar 2014 [citado 15 Ago 2014]; Reportaje: [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://ipn.usac.edu.gt/?p=7307>
5. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Programa de Salud Mental y Manejo de Estrés para Médicos Residentes. Departamento de Capacitación y Desarrollo. Programa Piramidal Académico Docente. *Boletín IGSS (Guatemala)*. 2013 Abr; (1)
6. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Informe compendiado: promoción de la salud mental. [en línea]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 15 Ago 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
7. Firth-Cozens J, Payne R, editores. *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Londres: Wiley; 1999.

8. Ginnari G, Bernardi J, Fernández J, Contreras A, Guzmán R, Rengifo C. Autoestima y desarrollo organizacional. *Salus militiae* [en línea] 2000 [citado 15 Jul 2014]; 25(1): 39-50. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=310618&indexSearch=ID>
9. Castaño I, García M, Leguizamón L, Novoa M, Moreno IS. Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. *Univ Psychol (Colombia)* [en línea] 2006 [citado 17 Oct 2014]; 5(3): 549-561. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a10.pdf>
10. Stucky ER, Dresselhaus TR, Dollarhide A, Shively M, Maynard G, Jain S, et al. Intern to attending: assessing stress among physicians. *Acad Med.* [en línea] 2009 Feb [citado 15 Jul 2014]; 84(2):251-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181938aad.
11. Aguilar-López M, Rovelo-Bustillo M, Padgett D, Reyes-Ticas A. Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de medicina de la universidad nacional autónoma de honduras en el año 2000. *Rev Med Post Unah* [en línea] 2001 Ene-Abr [citado 01 Marzo 2015]; 6(1): 3-9. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-1-2001-3.pdf>
12. Cuesta M, de Iscar MJ, Begega MA, Méndez M, Álvarez L, Solís G, et al. Psychometric properties of the d2 selective attention test in a sample of premature and born-at-term babies. *Psicothema.* 2007; 19: 706-710.
13. Ballesteros, S. *Psicología general: un enfoque cognitivo para el siglo XXI*. Madrid: Universitas; 2000.
14. Rebollo MA, Montiel S. Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología (Uruguay)*. 2006; 42 Suppl 2: S3-S7.

15. Jasper HH, Bertrand G. Thalamic units involved in somatic sensation and voluntary and involuntary movements in man. En: Purpura DP, Yahr MD, editores. *The Thalamus*. Nueva York: Columbia University Press; 1966: p. 365-390.

16. Posner M, Petersen S. The attentional system of the human brain. *Annu Rev Neurosci*. 1990; 13: 25-34.

17. Luria AR. *El cerebro en acción*. 5 ed. Barcelona: Fontanella; 1988.

18. Ardila A, Lopera F, Pineda D, Rosselli M. *Neuropsicología infantil*. 2 ed. México D.F.: Prensa Creativa; 1997.

19. Zillmer EA, Spiers MV, Culbertson W. *Principles of clinical neuropsychology*. 2 ed. California: Thomson Wadsworth; 2008.

20. Parasuram R. Sustained attention in detection and discrimination. En: Parasuram R. y Davies DR, editores. *Varieties of attention*. Nueva York: Academic Press; 1984: p. 243-271

21. Berner Otto C, Horta Searle J. *Procesos psicológicos básicos: atención*. [en línea]. Santiago: Universidad Mayor; 2010 [citado 18 Oct 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/34109995/Procesos-Psicologicos-Basicos-ATENCION#scribd>

22. Jiménez JE, Hernández S, García E, Díaz A, Rodríguez C, Martín R. Test de atención d2: datos normativos y desarrollo evolutivo. *Eur J Educ Psychol*. 2012; 5 (1): 93-106.

23. Oliva A, Antolín L, Pertegal M, Ríos M, Parra A, Gómez A, et al. Instrumento para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. [en línea] 2011 [citado 23 Jul 2014]. Disponible en: <http://personal.us.es>.

24. Seisdedos Cubero N. *Test d2*. 4 ed revisada. Madrid: TEA Ediciones; 2012. Adaptación española de: Brickenkamp Rolf. *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2)*. Gottingen (Alemania); 1962.

25. Aguirre Hernández R, López Flores JF, Flores Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Rev Fuente (México)* [en línea] 2011 Jul-Sept [citado 15 Jul 2014]; Año 3 (8): 28-33. Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>

26. Álvarez L, González-Castro P, Núñez JC, González-Pienda JA, Fuente D. ¿Es posible aprender a atender? *Psicothema* [en línea] 2007 [citado 15 Jul 2014]; 19(4): 591-596. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=57817>

27. McDonald J, Orlick T. Excellence in surgery: psychological considerations. [en línea] Canadá: Zoneofexcellence.ca; 2005 [citado 17 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.zoneofexcellence.ca/free/surgery.html>

28. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology (Filadelfia)* [en línea] 1978 Dic [citado 17 Oct 2014]; 49(6):399-406. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/727541>

29. Fontana SA, Raimondi W, Rizzo ML. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. *Medwave (Chile)* [en línea] 2014 Sept [consultado 17 Oct 2014]; 14(8):e6015 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6015>

30. Goñi E. El autoestima personal: estructura interna, medida y variabilidad. [en línea] [tesis Doctoral]. España: Universidad del País Vasco. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación; 2009. [citado 17 Ago 2014]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/12241/1/go%C3%B1i%20palacios.pdf>

31. Gargallo López B, Garfella Esteban PR, Sanchez Peris F, Ros Ros C, Serra Carbonell B. La influencia del autoestima en el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *REOP (Valencia)*. 2009; 20(1): 16-28

32. Valdés L. Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima en alumnas de sexto año básico. *Estud Pedagóg (Chile)* [en línea] 2001 [citado 22 Oct 2014]; (27): 65-73. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052001000100005

33. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile* [en línea] 2009 [citado 15 Oct 2014]; 137: 791-800. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n6/art09.pdf>

34. Consejo C, Viesca C. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS (México)*. [en línea] 2005 [citado 10 Ago 2014]; 43 (1): 1-3. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1265:etica-y-poder-formacion-de-residentes-e-internos&Itemid=642

35. Martínez Lanz P, Medina Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med (UNAM)* [en línea] 2005 [citado 15 Jul 2014]; 48(5): 191-197. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12885>.

36. Rosales JJE, Gallardo CR, Conde MJM. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Rev Esp Med Quir* [en línea] 2005 [citado 15 Jul 2014]; 10(1); 25-36. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenI.cgi?IDREVISTA=226&IDARTICULO=32219&IDPUBLICACION=3487>

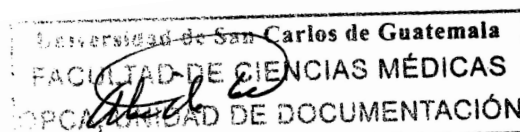
37. López-Pérez B, Fernández-Pinto I, Abad García FJ. *Test de empatía cognitiva y afectiva*. Madrid: TEA Ediciones; 2008.

38. Fernández I, López B, Márquez M. *Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión*. *Anales de Psicología (España)*. 2008; 24(2): 284-298.

39. Márquez Hernández AC. *Empatía y satisfacción en la relación médico-paciente en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz*. [en línea][tesis Medicina Familiar]. México: Universidad Veracruzana.

- Facultad de Medicina; 2014. [citado 17 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Aracely.pdf>
40. Mayor Guerra E, Del Río Caballero G, Tabares Cumplido G, Fernández Pérez SR. Empatía: ¿conoce su significado? *Medisan (Cuba)* [en línea] 2002 [citado 17 Oct 2014]; 6(2):56-61. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san10202.pdf
41. Olmos de Aguilera R, Alfaro P, Fuentealba M, Kirsten L. Presencia y correlación entre el síndrome de burnout y empatía médica en internos de medicina de una escuela de regiones durante año 2011. *Rev Soc Cient Estud Med (Chile)* [en línea] 2011 [citado 17 Oct 2014]; 6(1): 24-27. Disponible en: <http://www.scemuss.cl/revista/volumen6/AO-05.pdf>
42. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental (México)* [en línea] 2005 [citado 17 de Oct 2014]; 28(5): 57-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055h.pdf>
43. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 22 ed. Madrid: RAE; 2001.
44. Morris CG, Maisto AA. *Psicología*. 12 ed. Mexico: Pearson Education; 2005.
45. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Socsci Med.* [en línea] 1991 [citado 03 Ago 2014]; 33(10):1179-87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1767288>.
46. Simpson Layne A, Grant L. Sources and magnitude of job stress among physicians. *Journal of Behavioral Medicine.* [en línea] 1991 Feb [citado 03 Ago 2014]; 14(1): 27-42. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00844766>.
47. Fabrice D, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [en línea] 2010 [citado 05 Ago 2014]; 48(4): 307-318 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>.

48. Fernandez Seara JL, Mielgo Robles M. Escalas de apreciación del estrés. 4 ed. Madrid: TEA Ediciones; 2006.
49. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. Educ Med (Mexico) [en línea] 2009 [citado 10 Oct 2014]; 12(3):169-177. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/PRIETO-MIRANDA.LOPEZ-BENITEZetAl-Medicion_de_la_calidad_de_vida_en_mdicos_residentes.pdf
50. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA [en línea] 2009 Sept [citado 10 Oct 2014]; 302(12): 1284-1293. doi: 10.1001/jama.2009.1384
51. Garnés Ros AF. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. Centro de Salud (España) [en línea] 2001 Nov [citado 10 Oct 2014]; 9(9): 568- 572. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiod/publicaciones/centrosalud9/568-572.pdf>
52. Calabrese G. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev Colomb Anest [en línea] 2006 [citado 01 Marzo 2015]; 34: 233-240. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v34n4/v34n4a03.pdf>
53. Guatemala. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Decreto número 1441. Edición rubricada y concordada con las normas internacionales del trabajo. [en línea]. Guatemala: MTPS; 2009. [citado 22 Ago 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2072/CODIGO_DE_TRABAJO_DE_GUATEMALA_SEPT2011.pdf



11. ANEXOS

11.1 Contextualización del área de estudio

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales. De igual forma, brinda atención a ciudadanos de otros pacientes que viven o están de paso por Guatemala. Ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita de medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y demás subespecialidades.

También atiende a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos. Proporciona a la población guatemalteca, atención de emergencias pediátricas y de adultos las 24 horas del día, todos los días del año.

El Hospital Roosevelt cuenta con más de 3 mil 100 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico; nutrición, trabajo social, atención al usuario, personal de seguridad, intendencia y administrativo.

A este equipo, se suman estudiantes de ciencias de la salud de las universidades: San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín y Mariano Gálvez. De igual manera, el Hospital Roosevelt alberga a un grupo de voluntarios que apoyan las gestiones interinstitucionales para ofrecer un servicio más humano y cálido.

El Hospital Roosevelt es un hospital escuela para el programa de postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala ofreciendo 18 maestrías o especialidades, cuenta con un total de 362 residentes en las diferentes especialidades médicas:

- Anestesiología
- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Oftalmología
- Ortopedia y Traumatología
- Patología con énfasis en Patología Anatómica y Clínica
- Pediatría

- Radiología e Imágenes Diagnósticas
- Neurocirugía
- Neurología de Adultos
- Reumatología de Adultos
- Gastroenterología y Endoscopia Digestiva
- Infectología de Adultos
- Infectología Pediátrica
- Nefrología Pediátrica
- Neonatología

11.2 Tablas

Tabla 1

Distribución de residentes según horas laborales semanales del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Horas Laborales Semanales	<i>f</i>	%
80 - 100	108	54%
101 - 120	78	39%
Mayor a 120	14	7%
TOTALES	200	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla 2

Distribución según horas laborales semanales de los resultados del test Rosemberg de autoestima en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Horas Laborales Semanales	Elevada		Media		Baja		TOTALES
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
80 - 100	101	94%	7	6%	0	0%	108
101 - 120	69	88%	8	10%	1	1%	78
Mayor a 120	13	93%	1	7%	0	0%	14
TOTALES	183	91.5%	16	8.0%	1	0.5%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 3

Distribución según horas laborales semanales de los resultados del test D2 de atención selectiva en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Horas Laborales Semanales	Alta		Media		Baja		TOTALES
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
80 - 100	17	16%	88	81%	3	3%	108
101 - 120	18	23%	54	70%	5	6%	77
Mayor a 120	2	13%	13	87%	0	0%	15
TOTALES	37	19%	155	78%	8	4%	200

Fuente: Recopilación de datos.

Tabla 4

Distribución según estado posturno de los resultados del test D2 de atención selectiva en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Posturno	Alta		Media		Baja		TOTALES
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
SI	8	18.6%	33	76.7%	2	4.7%	43
NO	29	18.5%	122	77.7%	6	3.8%	157
Totales	37	18.5%	155	77.5%	8	4.0%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 5

Distribución según horas laborales semanales de los resultados del test TECA de empatía en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Horas Laborales Semanales	Extremadamente Alta		Alta		Media		Baja		Extremadamente Baja		TOTALES
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
80 - 100	5	5%	17	16%	55	51%	27	25%	4	4%	108
101 - 120	5	6%	15	19%	29	37%	25	32%	4	5%	78
Mayor a 120	1	7%	1	7%	5	36%	4	29%	3	21%	14
TOTALES	11	6%	33	17%	89	45%	56	28%	11	6%	200

Fuente: Recopilación personal.

Tabla 6

Distribución según horas laborales semanales de los resultados del test EAE de estrés en residentes del Hospital Roosevelt, enero y febrero 2015.

Horas Laborales Semanales	Alta		Media		Baja		TOTALES
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
80 - 100	17	16%	57	53%	34	31%	108
101 - 120	28	36%	33	42%	17	22%	78
Mayor a 120	3	21%	8	57%	3	21%	14
TOTALES	48	24%	98	49%	54	27%	200

Fuente: Recopilación personal.

11.3 Consentimiento informado

Introducción:

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre Salud Mental en Médicos residentes de los diferentes postgrados en el Hospital Roosevelt. Los médicos residentes pueden desarrollar deficiencia de la salud mental producida por el estrés laboral que es resultado del continuo trabajo en urgencias, la inexperiencia clínica, las graves patologías que se atienden, la sobresaturación de los servicios hospitalarios, las dudas diagnósticas, las denuncias, etc. Estas circunstancias pueden afectar emocional y físicamente pudiendo conducir a la pérdida de la salud mental. Le vamos a dar información e invitarlo a participar en nuestro estudio. El estudio es voluntario, cualquier duda o pregunta puede realizarla antes de decidir participar.

Propósito:

La Salud mental es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Se ha observado que los médicos residentes debido a estrés laboral resultado de la sobresaturación de trabajo en los servicios

hospitalarios se ven afectados en su estado emocional y físico, afectando de esta forma el deterioro de la salud mental.

Selección de Participantes:

Estamos invitando a este estudio a médicos residentes del postgrado de Anestesiología, Cirugía, Medicina Interna, Ginecostetricia, Pediatría del Hospital Roosevelt para la realización una evaluación por medio de diferentes test para realizar un diagnóstico de su salud mental.

Participación Voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimiento y Descripción del proceso:

El procedimiento que se llevara a cabo en su persona es el siguiente:

1. Se le presentaran 4 diferentes test para la evaluación de su salud mental. Los cuales medirán los cuatro criterios de salud mental por la OMS, los cuales son: el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La evaluación se realizara en los periodos de clase de su postgrado dentro del Hospital Roosevelt.
2. Al final de la realización de los test se llevara a cabo la realización de la tabulación de las evaluaciones y se determinara el grado de salud mental de los residentes de los diferentes postgrados.
3. Al final de la investigación se proporcionara un agradecimiento a su participación con este estudio.

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Salud Mental en médicos residentes de los postgrados del Hospital Roosevelt”. Entiendo que se me

realizaran 4 test para la evaluación de mi salud mental. He sido informado (a) que no hay ningún riesgo físico ni mental.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante_____

Firma del participante_____

Fecha_____

11.4 Boleta de recolección de datos



BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS "Salud mental en médicos residentes"



Marque con una "x" la especialidad que cursa:

☐ Anestesia ☐ Cirugía ☐ Ginecobstetricia ☐ Medicina Interna ☐ Pediatría

Año de Residencia: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha último turno: _____

Horario Laboral (Indique su hora de entrada y de salida, si asiste fin de semana marque con una "x" en indique su hora de entrada y salida).

Lunes a Viernes: _____ ☐ S ☐ D _____

¡Gracias por su colaboración!