

# ***UNIVERSIDAD DE SONORA***

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
Programa de Maestría en Ciencias de la Salud**



## ***Fuentes Psicosociales de Estrés en Médicos Residentes***

***Tesis de Maestría para Obtener el Grado de:***

***Maestría en Ciencias de la Salud***

**Presenta:**

***Micaela Ortiz Pacheco***

**Hermosillo, Sonora**

**Diciembre de 2007**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## **FORMATO DE APROBACIÓN**

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Micaela Ortiz Pacheco**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.

---

**Dra. Blanca Valenzuela**

Directora Académica

---

**Dra. Miriam Domínguez Guedea**

Secretaria

---

**Dra. Manuela Guillén Lúgigo**

Asesora Técnica

---

**M.C. Luís Enrique Fierros Dávila**

Suplente

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Sonora por el apoyo brindado, ya que hizo posible la realización del presente trabajo.

Al programa de Maestría en Ciencias de la Salud, a mis maestros y compañeros a quienes recordaré con gran cariño.

Al Director General del Hospital Dr, Alfredo Miranda Contreras por las facilidades otorgadas.

Al Director de Enseñanza e Investigación Dr, Joaquín Sánchez por su apoyo e interés en este trabajo.

A Gloria y Mary por su valiosa ayuda en el contacto con los residentes, muchas gracias.

A los Médicos Residentes que formaron parte de este proyecto, gracias por su tiempo y confianza.

A mis asesores Dra. Blanca Valenzuela, Dra. Manuela Guillén, Dra. Miriam Domínguez, y Mtro. Fierros Dávila por su orientación y valiosa aportación, gracias por ser parte de mi desarrollo profesional.

A mis compañeros de Laborg: Belén, Rocio, Paty, Tannia, Salvador y Leonardo, a quienes aprecio y agradezco su apoyo para la realización del presente trabajo.

## **DEDICATORIAS**

A mí querido viejo...

“La resurrección es nuestra fe; volvernos a encontrar nuestra esperanza; el recuerdo nuestro amor”.

San Agustín

A mi mamá a quien amo y admiro por su gran fortaleza, a mis hermanas Carmen y Vilma, a Francisco, a mis pequeños amores Francisquito y Vilmita.

Al P. Elías Arámbula por ser parte importante de mi desarrollo personal.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	vii
<b>OBJETIVOS</b> .....	viii
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>ANTECEDENTES</b> .....	3
Estrés y Factores Cognitivos Implicados.....	9
Estrés y Salud: Implicaciones en el Medio Ambiente de Trabajo.....	17
La Profesión Médica.....	27
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	31
Estrategia de Investigación.....	31
Escenario y Participantes.....	32
Delimitación de la Población.....	32
Selección de la Muestra.....	33
Informantes Clave y Entrevistados Especiales.....	39
Instrumento.....	40
Estructura de la Entrevista.....	42
Procedimiento: Estrategias de Contacto.....	42
Sistematización y Análisis de la Información.....	43
Aspectos Éticos.....	45
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	46
<b>CONCLUSIONES</b> .....	95

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Página</b>
I.	Desencadenantes del estrés.....	23
II.	Distribución de médicos residentes-cirugía general.....	35
III.	Distribución de médicos residentes-anestesiología.....	36
IV.	Distribución de médicos residentes-medicina interna.....	37
V.	Distribución de médicos residentes- urgencias médicas....	38
VI.	Núcleos temáticos de la entrevista.....	41

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las posibles fuentes de estrés, estilos de afrontamiento, consecuencias en la salud en el ejercicio de las funciones profesionales de los Médicos Residentes del Hospital General del Estado en Hermosillo, Sonora.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las posibles fuentes de estrés laboral en médicos residentes.
- Identificar los estilos de afrontamiento que el personal médico utiliza para lidiar con el estrés.
- Identificar las consecuencias negativas del estrés en la salud.

## RESUMEN

El estrés es uno de los fenómenos que cada vez está teniendo más importancia en el ámbito laboral y que puede crear problemas de salud y de bienestar importantes en las personas, el estrés es definido como un conjunto de situaciones que son valoradas como estresantes, las cuales resultan de una relación entre la persona y su entorno que es evaluado como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El objetivo de este estudio fue identificar las posibles fuentes de estrés, los estilos de afrontamiento, y sus consecuencias en la salud en el ejercicio de las funciones profesionales de los Médicos Residentes de la especialidad de Cirugía General, Anestesiología, Medicina Interna y Urgencias Médicas del Hospital General del Estado en Hermosillo, Sonora. Para analizar lo propuesto se utilizó la metodología cualitativa, y como estrategia principal de recopilación de información, la entrevista semi-estructurada, codificando y categorizando los datos a través del análisis de contenido. Los resultados indican que las fuentes de estrés están en función de la jornada de trabajo, el tiempo designado para la alimentación, la cadena de mando, la división del trabajo, las demandas de la tarea, la orientación hacia la formación, las relaciones interpersonales, el paciente grave, el trabajo como clausura de la vida personal, el espacio geográfico, insuficiencia de materiales y equipo de trabajo, Insuficiencia de personal de salud y la beca. Los resultados expresan que los efectos en la salud son de índole psicológicos y biológicos, prevaleciendo el agotamiento físico y emocional. Los estilos de afrontamiento están dirigidos hacia la solución de problemas, más que dirigidos a la emoción. Por lo tanto el personal Médico Residente identifica una gran variedad de factores psicosociales referidos específicamente a la organización del trabajo y a las características propias de la profesión.

## INTRODUCCIÓN

La experiencia relacionada con el estrés no es nueva, ha sido considerado durante siglos, pero sólo recientemente se ha conceptualizado de forma sistemática y ha sido objeto de investigación. Su discusión radica específicamente en aspectos relacionados con su concepción, funcionalidad y clasificación.

Existe una amplia bibliografía en torno al estrés, escrita por investigadores y profesionales de la medicina, por psicólogos clínicos y sociólogos, quienes ofrecen teorías, modelos, predicciones y recomendaciones en relación con él, sólo en años recientes se le ha comenzado a prestar atención a la importante influencia que tiene en la salud pública y el impacto económico que ejerce en la producción y el desenvolvimiento en diferentes sectores.

El estudio del estrés y sus consecuencias en la salud ha abarcado todos los ámbitos en el que las personas interactúan, incluyendo el ambiente laboral.

El trabajo ocupa un papel fundamental en la vida personal y en la estructuración social. Mediante esta actividad se ha facilitado la supervivencia de las personas y el desarrollo de las sociedades, no obstante la realidad y el significado del trabajo han cambiado a lo largo de la historia, presentando diferencias muy importantes entre distintas épocas.

La dinámica del desarrollo tecnológico y los acontecimientos económicos y políticos modifican la percepción del hombre, esta misma dinámica genera transformaciones en su perfil y la necesidad de ajuste en el plano de la interacción persona-ambiente. Necesariamente, este tipo de cambios afectan particularmente al contexto laboral produciendo un nuevo orden en las relaciones entre la actividad laboral, la fuerza laboral y el tiempo libre.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2000), el lugar de trabajo es el sitio prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI.

Los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Sin embargo, gran parte de la fuerza de trabajo de América Latina y el Caribe no viven esa realidad.

Caso contrario en Europa, la legislación de la Unión Europea y la de los países miembros exige de las empresas y demás organizaciones de trabajo que analicen los riesgos psicosociales y que, en los casos en que se identifiquen, se adopten las medidas necesarias para su prevención (Peiró 2003).

En la actualidad, las consecuencias negativas del estrés para la salud, probablemente se experimenten con más frecuencia en el mundo del trabajo que en cualquier otra parte. Los profesionales de la salud toman un significado importante ya que son considerados una de las poblaciones más vulnerable al desarrollo del estrés (Arenas, 2004).

Dentro de los profesionales de la salud, centramos nuestra atención en los Médicos Residentes considerando las características ambientales y personales, Identificando las fuentes de estrés, los estilos de afrontamiento y las consecuencias en la salud.

Partiremos de una aproximación psicosocial, considerando que los riesgos psicosociales están jugando cada vez un papel más importante en la vida y actividad laboral. Analizaremos los antecedentes históricos del estrés, los elementos básicos que Richard Lazarus (1984) propuso para abordar el estrés desde el ámbito disciplinario de la psicología, las implicaciones del estrés en el trabajo y sus consecuencias en la salud, consecuencias que se revierten en un desempeño inadecuado, y como la estructura organizacional y las características de la profesión médica son un factor de riesgo importante.

## ANTECEDENTES

El fenómeno del estrés no ha dejado de suscitar interés entre los investigadores desde los primeros estudios realizados tras la segunda guerra mundial, representando un avance en la investigación sobre el tema dada su significación en el rendimiento en el combate (Kahn y col., 1991). El estrés, es uno de los aspectos que más investigación ha suscitado en los últimos tiempos, probablemente como consecuencia del creciente número de personas afectadas por este complejo fenómeno, se ha convertido en uno de los conceptos más referidos, tanto por los profesionales de las diversas ciencias de la salud como en el lenguaje coloquial, para hacer referencia a una amplia gama de experiencias; por ejemplo, ansiedad, tensión, cansancio y otras sensaciones. Ello se refleja en el gran número de definiciones y la variedad de modelos teóricos, aunque no se ha conseguido llegar a un acuerdo sobre una conceptualización aceptada por toda la comunidad científica.

Uno de los principales exponentes en el tema es Hans Selye, sus estudios tienen origen en la década de 1930, observó que todos los enfermos a quienes examinaba, sin importar que enfermedad padecían, presentaban síntomas comunes y generales, además de los síntomas propios de cada enfermedad: cansancio, desgano, pérdida de apetito, entre otros. Estas manifestaciones no específicas de la enfermedad llamaron la atención de Selye, a lo que llamó "síndrome de estar enfermo". Bajo estas inquietudes, desarrolló sus investigaciones en la Universidad de McGill, en Canadá, sometió a ratas de laboratorio a ejercicio físico y al examinar sus órganos encontró que dichas ratas presentaban signos físicos que demostraban un aumento en las glándulas suprarrenales, había también una atrofia del sistema linfático encargado de fabricar las defensas del organismo, y úlceras del estómago. A

este conjunto de alteraciones lo llamó primeramente “estrés biológico” y luego, “estrés” (Selye, 1974).

Selye llegó a concluir que diversas enfermedades (cardíacas, hipertensión arterial, trastornos mentales y emocionales) eran resultado de los cambios fisiológicos producidos por un continuo estrés y que podían estar constitucionalmente o genéticamente predeterminados. Al seguir con sus investigaciones, menciona que también las demandas sociales y las amenazas del entorno que requieren ajuste por parte del individuo provocan estrés (Pereyra, 2004).

A partir de estas aportaciones, se le reconoce a Selye, como el padre del concepto, pero las referencias más importantes en las cuales se basa para sus experiencias son los estudios de Claude Bernard (1867) quien expone que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo y que una de las principales características de los seres vivos, reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio ambiente externo. Es decir, que lo que caracteriza al ser vivo es su capacidad de adaptación. Otra referencia importante para Selye (1984) son las aportaciones de Walter Cannon en 1932 quien propone el término de homeostasis, la cual implica una alteración como reacción a los factores externos, cuando una amenaza es percibida, el organismo se activa a través del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino (la presión sanguínea se incrementa, la glucosa y colesterol aumentan) a estas reacciones las denomina Cannon, “patrón de lucha-huída” porque permite al organismo movilizarse, lo cual podría ser adaptativo ya que permite responder.

Por lo tanto Selye utilizó el término estrés para el conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo; reacción que llamó síndrome general de adaptación (SAG). El síndrome es general porque tiene un efecto generalizado en amplias partes del organismo, y de adaptación,

ya que estimula las defensas del organismo apoyando a la obtención y mantenimiento de un estado de habituación.

Por ello menciona que el estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

A tal demanda ambiental Selye la llamó estímulo estresor que pueden de tipo psicosocial (demandas laborales, familiares, sociales) o de tipo físico (vibraciones, calor, frío, ruidos intensos). Aunque desde el punto de vista biológico el estrés también puede ser generado por agentes del medio ambiente interno. Tal es el caso de las alteraciones biológicas generadas por algún virus o bacteria en el organismo y en el cual el sistema inmunológico entra en juego. Si los esfuerzos adaptativos fracasan a la presencia prolongada de la bacteria se puede manifestar algún tipo de enfermedad, que esto determinaría la consecuencia del estrés.

El ser humano se enfrenta día con día a diferentes cambios (físicos, sociales) ello requiere de un ajuste por parte del individuo para poder responder a dichos cambios y no presentar un desequilibrio que pudiera dañar su integridad. De esta manera el organismo está adaptándose a una dinámica. En esencia se considera que el estrés es una respuesta de adaptación que según los planteamientos de Selye (1974) consta de tres etapas:

La primera de refiere a una reacción de alarma, el organismo se siente amenazado por las circunstancias, se altera fisiológicamente mediante la activación de una serie de glándulas, especialmente el hipotálamo y la hipófisis. En esta primera fase ocurren dos fenómenos consecutivos que son, la reacción de choque, en la que el organismo, desprevenido de sus recursos defensivos ante el embate, se prepara para defenderse desde un nivel ligeramente inferior a la resistencia basal o normal. Sigue inmediatamente la reacción de contra- choque en la que la capacidad defensiva toma impulso para desplegar su potencial de resistencia.

La segunda referida a un estado de resistencia, es cuando las demandas de los problemas es sostenida y se prolonga, el organismo, si prosigue con su adaptación, puede ocurrir que cada vez lo haga con menores posibilidades de respuesta, debido a su fatiga, aunque se menciona que esta fase en la que suele haber un equilibrio.

La fase de agotamiento, que es la tercera del proceso, es considerada como la disminución progresiva de la resistencia del organismo frente a un estímulo estresante, conduce a un declive fisiológico y con el sobreviene la fase de agotamiento en la que el individuo puede sucumbir, pues las capacidades de adaptación se consumen totalmente, cerrándose el Síndrome General de Adaptación que Selye (1974) concibió.

Existe una idea generalizada que concibe al estrés como algo nocivo con serias repercusiones para la salud física y el bienestar psicosocial, sin embargo, no siempre es así. El estrés es una respuesta de adaptación que permite en gran medida la supervivencia de los organismos. Lo que resulta ser nocivo o negativo es que la experiencia se caracterice por ser excesiva e incontrolable (Urquidí, 2004). El estrés se ha considerado como un estado del organismo que se produce no sólo por los estímulos nocivos o negativos, también las experiencias placenteras, lo pueden desencadenar. Puede afirmarse en consecuencia que existe un estrés “negativo” y uno “positivo”. El distress, y el eustress como lo preconizó Selye (1974). Lo resultante de un estrés positivo o negativo dependerá de la valoración que el individuo haga del estímulo estresor. Al distress se le ha dado mayor atención para su análisis e investigación ya que tiene consecuencias que desestabilizan de manera negativa la salud tanto física como psicológica y social del ser humano.

De acuerdo a estos antecedentes, la génesis del estrés radica en el campo de las ciencias biomédicas, el cual ha sido de importancia vital para tener una visión más clara del papel que juega en el surgimiento de diferentes trastornos. Aunque en la actualidad ha quedado definido que se trata de un

fenómeno que puede estar determinado por múltiples factores. La dimensión psicológica y la dimensión social toman un papel relevante, lo que ha generado información muy heterogénea. Resultado de ello es que el estrés se ha definido como respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental o como estímulo, ya que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión (Ivancevich y col., 1989).

En los principales modelos utilizados en la investigación sobre estrés se explican las relaciones y sus consecuencias a nivel fisiológico, psicológico y comportamental (Harrison, 1978; Mackay y Cooper, 1987; Matteson e Ivancevich, 1987). A nivel fisiológico pueden implicar presión sanguínea elevada, incremento del colesterol, tasa cardíaca, a nivel psicológico, insatisfacción laboral, ansiedad, apatía, moral baja. A nivel conductual, fumar, comer en exceso, o dejar de comer, irritabilidad, atención disminuida (Peiró, 1994).

Lazarus (1990) propone que no se debe parcializar la complejidad del estrés, que deben incorporarse otras variables en las cuales se pudieran analizar las diferencias individuales, el estrés es producto de la interacción entre el organismo y su medio, considerándose los factores psicológicos que están mediando la interacción.

A partir de la década de los sesenta se estudió experimentalmente cómo las variables vinculadas a las interacciones conductuales podían afectar a los estados biológicos. Dichos estudios tenían como objetivo obtener una explicación objetiva de ciertos fenómenos de patología biológica que no parecían obedecer a la acción directa de agentes patógenos externos o a factores de la naturaleza hereditaria.

El trabajo de Brady (1958) es uno de los pioneros, demostrando que al someter al organismo a una situación que implica efectos físicos directos, el organismo puede mostrar severas alteraciones biológicas dependiendo del tipo de conducta que puede desplegarse y de los parámetros que definen la

contingencia de la situación. En dicho trabajo se colocó a los sujetos experimentales, monos rhesus, en sillas de restricción, en donde sólo podían oprimir una palanca situada frente a ellos. Los monos estaban sometidos a ciclos interpolados de seis horas con o sin choques eléctricos. Los choques se presentaban cada 20 segundos precedidos por una señal. Los monos se dividieron en dos grupos. Un primer grupo podía evitar la presentación del choque eléctrico si oprimía la palanca durante la presentación de la señal. El otro grupo, a diferencia del anterior, no podía evitar el choque, aun cuando también se presentaba la señal asociada a su administración. Se observó que el primer grupo de monos desarrollo de manera consistente úlceras gástricas, mientras que el segundo no. Este fenómeno que sólo se encontró bajo ciertos valores de presentación temporal de los choques eléctricos fue denominado metafóricamente "los monos ejecutivos", para subrayar la influencia que tiene el comportamiento que interactúa con las contingencias situacionales en la regulación de las repuestas estrictamente biológicas del individuo.

Este análisis de las alteraciones biológicas mediadas por el comportamiento frente a contingencias situacionales ha permitido examinar también de manera sistemática las propiedades estresantes de los acontecimientos y agentes externos, pues los efectos de estrés no dependen de las características físicas de la situación, como se pensaba.

Las definiciones del concepto de estrés son numerosas y variadas tanto en su contenido como en su precisión. Coexisten posturas escépticas acerca de la posibilidad de delimitar el significado del término, únicamente válido para referirse a un área de estudios que abordan una problemática próxima (McLean, 1974) junto con otras que buscan en el lenguaje coloquial concretar el contenido tan genérico del término, en el sentido de "situación amenazante" (Lipowsky, 1975). Otras definiciones intentan establecer las características esenciales del estrés (Sells, 1970; Appley y Trumbull, 1967). El estudio del

estrés es sin duda de carácter multidisciplinar dificultando la existencia de acuerdo en la definición.

En el presente trabajo abordaremos el estudio del estrés como interacción (persona-ambiente). El análisis de variables cognitivas será un elemento importante, así como la definición de estrés que Lazarus y col., (1991) proponen, y que a analizaremos continuación.

### **Estrés y Factores Cognitivos Implicados**

Al hablar sobre estrés no se puede dejar de lado la definición que Richard Lazarus (1991) propone en base a la relación entre individuo y entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. Por tanto, define al estrés como resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Las definiciones de estrés como interacción, aluden a términos como interpretación, percepción y valoración (Urquidi, 2004). Estos conceptos según Lazarus y col., (1991) hacen referencia a procesos cognoscitivos que le permiten al individuo hacer una distinción entre sus experiencias que le pueden fortalecer o debilitar.

Lazarus y col., (1991) mencionan que los indicadores principales en el estudio del estrés son la evaluación y el afrontamiento. El primero permite establecer un significado psicosocial a los eventos con los cuales se entra en contacto. Este significado se adquiere a través de los procesos de evaluación cognoscitiva; que puede ser de dos tipos: evaluación primaria y evaluación secundaria. El primer caso, se refiere a los mecanismos a través de los cuales se significan los eventos que pueden ser evaluados como irrelevantes, benignos o estresantes en términos de sus consecuencias. En la evaluación

secundaria, el individuo pondera lo que se puede hacer frente a la situación valorada como estresante, se trata de un proceso en dónde se valoran las formas de afrontamiento, su viabilidad y las probables consecuencias. Si se valora el evento como estresante y las demandas ambientales sobrepasan los recursos con los que el individuo cuenta para afrontarlas, se presentarán estrategias inefectivas de afrontamiento que, generalmente, involucran comportamientos no ajustados y problemas emocionales de diferente intensidad (Urquidi, 2004).

El constructo afrontamiento refiere a lo que la gente hace cuando tiene problemas y adversidades, a lo que piensan, a lo que sienten y a las formas en que planean para resolver sus dificultades, todo esto con el fin de tener una vida plena por lo que tratarán de ajustarse o adaptarse a los diferentes ambientes donde se desarrollen.

Desde las primeras formulaciones psicoanalíticas se asociaban los mecanismos de defensa equivalentes a lo que ahora se conoce como estrategias de afrontamiento y se definía este último, como pensamientos y conductas flexibles y realistas que resuelven problemas de tal modo que reducen el estrés. Los mecanismos de defensa eran el desplazamiento, la proyección, la sublimación, entre otros, para enfrentar las relaciones entre ambiente y persona en el psicoanálisis según Sigmund (1985).

Menninger (en Lazarus y col., 1984) menciona que los recursos de afrontamiento que utiliza el individuo son el autocontrol, el llanto, blasfemar, lamentarse, jurar, discutir, hablar o pensar acerca del problema, entre otras cosas. El modelo psicoanalítico del "yo", refiere al afrontamiento mas bien como un rasgo y no como un proceso dinámico, es decir, se le etiqueta a las personas como sublimadora, negadora (según los mecanismos de defensa) como si este fuera un estado fijo de la persona.

El estudio de afrontamiento se utilizaba mayormente para el enfoque clínico y se hacía énfasis en las circunstancias dañinas al bienestar de las

personas por lo que se daba importancia a estudiar las formas de afrontamiento como defensa de tipo individualizada donde los estresores que afectaban a una persona eran principalmente conflictos intrapsíquicos (Pearlin y col., 1978).

A partir de los 60 la literatura se inclinaba a investigar los efectos de los eventos estresantes de la vida en la salud física y psicológica de las personas, sin embargo, después los estudios se enfocaron a investigar los factores que intervienen para una adecuada adaptación y no tanto sobre efectos físicos y psicológicos de los estresores. De esta manera se llegaba a la conclusión de que si los individuos enfrentaban de manera efectiva los problemas que se les presentaban entonces era más probable, por tanto, reducir las consecuencias que provoca el estrés tales como las enfermedades (Lazarus y col., 1984/1991; McCrae, 1984).

Por otra parte Lazarus y col., (1984) refieren que el individuo echará mano de diferentes recursos para solucionar un problema de acuerdo al momento, situación y etapa de la vida en que se encuentre la persona, así como de su experiencia, entre muchas más cosas.

El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes por factores individuales y situacionales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Lazarus y col., (1984) tratan al afrontamiento como un proceso que tiene tres aspectos principales: 1) el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente hace o piensa. 2) lo que el individuo realmente hace o piensa, es analizado dentro de un contexto específico. 3) hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se va desarrollando. Por tanto, el afrontamiento es un proceso en el que la persona,

en momentos, pudiera contar con estrategias defensivas, todo ello a medida que va cambiando su relación con el medio.

Lazarus y col., (1991) mencionan que las funciones del afrontamiento pueden estar dirigidas al manejo de emociones y dirigidas al problema; las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigidos a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente.

Las estrategias dirigidas al problema van hacia la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias como: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido al entorno, incluyendo también las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Anderson (en Lazarus y col., 1984) llega a la conclusión de que la ansiedad asociada a grados de estrés conduce a la sobre-utilización de mecanismos de afrontamiento emocionales defensivos y a una insuficiente dirección al problema. Los recursos de afrontamiento, por tanto, no son constantes pues estos pueden cambiar en el transcurso del tiempo, de la etapa en la que se encuentra la persona, de la experiencia, por lo que un mismo recurso puede no ser igualmente útil en otro momento para el mismo individuo. Finalmente, dirigirse a los recursos personales y ambientales y al grado de amenaza que tenga el individuo así como a identificar los procesos y mecanismos que se dan entre estrés y resultado, el individuo prioriza lo que demande la situación y esto es cambiante dependiendo de la situación.

De tal forma que el afrontamiento influye en la adaptación ya sea en el ámbito laboral, social (Lazarus y col., 1984) y surge cuando hay que solucionar problemas, cuando hay estresores externos como la enfermedad, el divorcio, el

duelo, o problemas de la vida diaria (McCrae, 1984). Sin embargo, el afrontamiento no debe confundirse con la conducta adaptativa automática, ya esta última tiene que ver con la interacción de lo que se hace en el entorno en que se desarrolla el individuo en el día a día y con el que rápida y eficazmente maneja estas relaciones (Lazarus y col., 1984).

Para ejemplificar lo anterior, una persona que está acostumbrada a manejar para ir a trabajar no tendrá dificultad de tomar el automóvil cada mañana ni pensará en esto antes de manejar, de manera automática lo hará, a diferencia de una persona que adquiere un automóvil para manejar al trabajo y no sabe hacerlo, ante el estrés que produce no saber manejar, los distintos recursos para afrontar el problema aflorarán. De esta manera, cada vez que se quiera dirigir al trabajo pensará en diferentes opciones alternativas para solucionar su estrés de manejar el automóvil, una es inscribirse en una clase de manejo, otra puede ser optar por tomar el camión urbano, entre otras.

Se ha llegado a la conclusión de que el estrés tiene un impacto negativo sobre la salud, ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones que son valoradas por el mismo como estresantes. No obstante, también se ha podido constatar que las estrategias de afrontamiento pueden regular dichas consecuencias negativas para la salud (Lazarus y col., 1984/1991; McCrae, 1984).

Escribá-Agüir y col., (2002a) de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud estudiaron sobre las estrategias de afrontamiento ante el estrés en médicos especialistas. Analizan los dos tipos de estrategias propuestas por Lazarus. Cuando a los facultativos se les pregunta cómo afrontan el estrés experimentado en su trabajo refieren tanto las estrategias dirigidas al manejo de emociones y a la solución de problema en que encuentran que la primera estrategia no genera un bienestar como la segunda.

Las estrategias a que se refiere el estudio anterior son de apoyo social emocional como pasar más tiempo con la familia o con amigos, negar que

exista algún problema como, por ejemplo, no tener presente la posibilidad que algún paciente pueda demandar legalmente al médico, que entre otras cosas no generan tanto bienestar que cuando dirigen su patrón de afrontamiento centrado en el problema, como puede ser consultar bibliografía o compañeros para elaborar diagnósticos, hablar con el enfermo para explicarle alguna situación, entre otras.

La investigación realizada por Zonta y col., en el 2006, evalúan estrategias de enfrentamiento hacia el estrés en 25 estudiantes de medicina en Santa Catarina, Brasil. Los participantes mostraron estrategias de afrontamiento tales como, relacionarse con los demás, tener un balance entre el estudio y el ocio, organizarse con los tiempos, hacer ejercicio, alimentarse saludable y dormir bien, refugiarse en la religión, trabajar con la propia personalidad para enfrentar situaciones adversas y atenderse psicológicamente. A través de la evaluación de las estrategias que utiliza esta población se pueden promover mejores formas de enfrentar la vida como estudiante y prepararlos psicológica y pedagógicamente para su vida como futuros médicos.

Hernández y col., (2002) realizan un estudio con 50 médicos familiares del Policlínico "Plaza" en Cuba. Se estudian las actitudes hacia la muerte e incluyeron subescalas como: evitación, aceptación y temor. Los resultados indican que las actitudes que prevalecieron fueron las de evitación y temor, para los autores esto revela insuficiente preparación de estos hacia la muerte puesto que se entremezclan perspectivas profesionales y personales, cuyo tratamiento integral y remodelación requiere de procesos específicos de formación y modificación de actitudes. La mayoría de los médicos no valoran la muerte como un pasaje o tránsito a una vida mejor ni como una salida o solución a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que, en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento. Se observa una clara tendencia a valorar la vida aunque sea sin calidad.

Chacón y col., en el 2006 realizaron un estudio transversal en donde describen los afrontamientos y estados emocionales con 143 enfermeros de oncología de tres hospitales cubanos. Se utilizó un cuestionario que evaluaba el burnout, una escala de afrontamiento de Lazarus y también inventarios de ansiedad y depresión. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la confrontación, la planificación, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo. Algunos estaban más afectados y utilizaron como estrategia el distanciamiento, evitación o huida y búsqueda de apoyo social. Las emociones se asociaron al síndrome de burnout y prevalecieron sentimientos de ansiedad más que de depresión. En este estudio como el anterior de Hernández y col., (2002) se presentan situaciones de estrés alto debido a que se manejan situaciones difíciles como parte de la naturaleza de la actividad laboral en hospitales.

Mientras que Soucase y col., (2005) evaluaron estrategias de afrontamiento del dolor crónico en una muestra de 168 pacientes que acudían a su primera visita con el psicólogo en Valencia, España, utilizando el modelo de Lazarus y Folkman como procesos mediadores. Los autores encuentran seis estrategias de afrontamiento que mayormente utilizaron: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis, y autocontrol mental, aunque el nivel de eficiencia es bajo y moderado. El nivel de eficiencia en el tipo de afrontamiento para esta población, se puede inferir que es bajo porque se realiza el estudio cuando la persona llega por primera vez con el psicólogo, es decir llega en un estado emocional crítico. El estudio se hace en esta etapa con la finalidad de dotar al paciente de los recursos necesarios para que aprenda a percibir su dolor como un desafío y en consecuencia guiarlo hacia una actitud más activa ante su sufrimiento.

En el estudio realizado por Montiel y col., (1996) el objetivo propuesto para el estudio de variables psicosociales en mujeres mexicanas y mujeres americanas con cáncer cervicouterino, fue la revalidación de un instrumento

para la evaluación del afrontamiento, y encuentran los factores afrontamiento activo de autogestión (puesto que está conformado por tipos de afrontamiento donde el individuo despliega comportamientos cuyo resultado está orientado a la modificación del individuo mismo) y afrontamiento activo de búsqueda de apoyo, la actividad del individuo está orientada a que otros perciban su necesidad de ayuda o de apoyo.

Los resultados demuestran que la población integró el afrontamiento religioso a las estrategias de búsqueda de apoyo social y expresión emocional utilizadas por los sujetos americanos. Es decir, las mexicanas que buscan apoyo social también buscan apoyo de otros poderosos (por ejemplo: asistir con mayor frecuencia a actos religiosos, realizar lecturas religiosas, encaminar su vida hacia Dios). La diferencia cultural en este caso impone distintas formas de afrontar la enfermedad.

Por tanto, se concluye que el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de los individuos, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicosocial.

Algunos constructos psicológicos positivos o negativos con respecto a las soluciones frente a las situaciones que se relacionan de alguna manera con afrontamiento son analizados por Vera y col., en el 2000, autoeficacia (Bandura, 1989), locus de control (Díaz-Loving y col., 1984), control personal (Folkman, 1984), motivo de logro (Díaz-Loving y col., 1989), evaluación de la amenaza (Davey, 1993), el temor y la evitación al éxito (Espinosa y col., 1991;) entre otros.

A través de la literatura se reporta una gran diversidad de estilos de afrontamiento, dependiendo de las características de las personas y del medio. Para nuestros propósitos tomaremos en consideración la clasificación que

Lazarus y Folkman (1991) proponen, los estilos de afrontamientos dirigidos a la emoción y dirigidos al problema.

### **Estrés y Salud: Implicaciones en el Medio Ambiente de Trabajo**

El trabajo como actividad laboral y realidad social está experimentado fuertes transformaciones al igual que las organizaciones en las que se lleva a cabo. Por ello, los riesgos laborales y, en especial, los de carácter psicosocial, ya no se derivan únicamente de la actividad laboral en un puesto de trabajo y de las condiciones de dicho puesto sino que alcanzan al entorno social y organizacional en que se produce, al sistema de trabajo y a otras características de la empresa en que se lleva a cabo (Peiró, 2002).

El estrés laboral es uno de los fenómenos que cada vez está teniendo más importancia en el trabajo y que puede crear problemas de salud y de bienestar en las personas. Durante las últimas décadas se han producido relevantes transformaciones en el mundo del trabajo y en la actividad laboral. El trabajo está evolucionando, de ser predominantemente una actividad física a ser una actividad mental, de procesamiento de información, de solución de problemas, de gestión del conocimiento, etc. También se constata un incremento del trabajo en equipo y de los equipos de trabajo (Peiró, 2004).

Este hecho requiere otro tipo de competencias para un buen desempeño y difumina los límites de la definición de los puestos. Por otra parte, es cada vez más frecuente que una misma persona tenga que trabajar a lo largo de su jornada laboral con diferentes equipos que presentan características y misiones bien diversas, es por ello que la técnica de análisis de puestos es, por tanto, un instrumento de utilidad primordial para las organizaciones (Valenzuela y col., 2004).

Al estudiar el estrés en el trabajo en el sector de la asistencia sanitaria, es imprescindible valorar los cambios que se están produciendo en su seno. La reforma de la asistencia sanitaria que se desarrolla en la mayor parte de los países está provocando niveles considerables de inestabilidad e incertidumbre entre los trabajadores del sector, a quienes se pide que asimilen los veloces cambios que experimentan sus tareas y que a menudo van acompañados de una mayor exposición al riesgo.

Según Jovell (2001) las transiciones sanitarias se pueden clasificar como demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica, laboral, mediática, judicial, política y ética. Los cambios asociados a esas transiciones determinan la adopción de un conjunto de roles por parte de la profesión médica, con el propósito de afrontar los retos que se presenten en el sistema sanitario.

Algunos estudios que se han realizado sobre estrés en los profesionales de la salud, como el presentado por Arenas y col., (2004), concluyen que las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran y que la estructura organizativa dificulta dicho autocuidado.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001) plantea "La lucha contra el estrés en el trabajo será uno de los grandes empeños que deberán acometer tanto los gobiernos como los empleadores y los sindicatos en los próximos años. Las empresas que probablemente tengan más éxito en el futuro serán las que ayuden a los trabajadores a hacer frente al estrés y reacondicionen el lugar de trabajo para adaptarlo mejor a sus aptitudes y aspiraciones humanas.

En la actualidad, existe suficiente evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos) tiene un efecto inmenso en nuestra salud (Matarazzo y col., 1984).

El estudio de las profesiones asistenciales, y de modo muy particular las profesiones de la salud, han revelado que las altas demandas del trabajo generan no sólo un cuadro general de tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos; sino un síndrome que transcurre y se instala por etapas, cuyos efectos parciales constituyen sus componentes: el síndrome del burnout, que desde una perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja.

Desde su enunciación por Herbert Freudenberger en 1979, el síndrome de burnout ha sido un concepto ampliamente empleado en la literatura científica sobre estrés en el contexto laboral. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por Maslach y col., (1996) como un agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Las propias autoras del MBI, en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana, identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medidas más altas en los diferentes componentes del síndrome, y de echo constituyen uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aun el suicidio (Sonneck y col., 1996).

En un estudio realizado sobre el Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Aranda y Col., (2004), reportaron que la prevalencia encontrada sobre estrés fue de 42.3%. El 64.8% (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más

frecuentes fueron músculo-esqueléticas (20%), respiratorias (19.2%), gastrointestinales (18.3%) y psicológicas (15.2%).

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo.

La OIT (2001), menciona que algunos investigadores se han interesado sobre el contenido y la duración del trabajo en la vida privada de los médicos jóvenes. Valko y col., (1975), hallaron que el 30% de los médicos residentes sufrían una crisis depresiva de una duración media de cinco meses durante su primer año de residencia. Cuatro de los 53 médicos residentes estudiados habían mostrado inclinaciones suicidas y tres de ellos habían concretado planes para privarse de la vida.

Landau y Col., (1986) hallaron que 40% de residentes reconocían tener graves problemas conyugales, de los que 72% de ellos culpaba a su trabajo.

Es importante enfatizar la enorme trascendencia histórica que asume el estrés en las diferentes sociedades pasadas y contemporáneas, puesto que representa un claro indicador directo del grado de salud propio de cada organización social, de su estructura, relaciones, medios y modos de servicio.

Peiró (2004) menciona que la conceptualización de determinados estímulos o situaciones como desencadenantes del estrés se ha planteado de diversas formas y ello ha tenido implicaciones teóricas sobre el estrés laboral. Junto a estas formulaciones la investigación ha tratado de elaborar taxonomías de los principales estresores laborales y ha tratado de describirlos. Presentaremos a continuación la clasificación que se ofrece en la obra *Desencadenantes del Estrés Laboral* (Peiró, 1999) caracterizando brevemente los principales estresores que se incluyen en cada categoría.

1. Estresores del ambiente físico. Son múltiples los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias

de estrés laboral: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.

2. Demandas del propio trabajo. La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.
3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Podemos mencionar entre ellos la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, el feedback que se recibe por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo.
4. El desempeño de roles plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Son ampliamente conocidos y ha sido estudiados el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.
5. Las relaciones interpersonales y grupales pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas podemos mencionar las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc.
6. El desarrollo de la carrera, en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial de estrés. En concreto cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado ralentizadas, etc.
7. Diferentes aspectos relacionados con las nuevas tecnologías son también fuentes potenciales de estrés. Podemos mencionar problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías.

8. Hay componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes como una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
9. Finalmente, cabe mencionar toda una serie de estresores laborales que tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida como la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

La taxonomía propuesta por Peiró nos plantea cuales son los desencadenantes más significativos de estrés en el trabajo. Las potenciales fuentes o desencadenantes del estrés producen experiencias de estrés en la medida en que la persona se hace cargo o los percibe como una amenaza o situación con potenciales consecuencias negativas. Por esta razón, la apreciación de la situación como estresante es fundamental en la vivencia de estrés.

A partir de esta taxonomía se identifican algunas fuentes de estrés que se hacen presentes en la clasificación de esta investigación y que de alguna manera u otra se relacionan con la categorización de los datos obtenidos a través de nuestra muestra poblacional. A continuación se presentaran (Tabla 1), detallando y analizando cada una de ellas en el apartado de resultados y discusión.

**Tabla I. Desencadenantes del estrés**

<b>Categoría: Fuentes de Estrés</b>
<p>Conjunto de situaciones que son valoradas como estresantes las cuales resultan de una relación entre la persona y su entorno que es evaluado como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1984).</p>
<b>Subcategoría</b>
<p><b>Condiciones temporales de trabajo</b>                  Se refiere al tiempo como uno de los principales componentes del concepto de trabajo especificando la forma en que se distribuye cada una de las actividades.</p>
<b>Expresiones</b>
<p><b>Jornada de trabajo</b>                  Este término se refiere al número de horas de trabajo que de acuerdo a su nombramiento, el médico está obligado a laborar en los términos definidos por la institución.</p> <p><b>Alimentación</b>                  Consiste en el tiempo estipulado para la ingesta de alimentos.</p>
<b>Subcategoría</b>
<p><b>Estructura Organizacional.</b>                  Forma en que las tareas de trabajo se dividen, se agrupan y coordinan formalmente.</p>
<b>Expresiones</b>
<p><b>Cadena de mando</b>                  Plan que especifica quién depende de quien, es una línea continua de autoridad que se extiende desde la cima de la organización hasta el eslabón más bajo. Estas líneas de dependencia se presentan como características fundamentales del organigrama de la institución.</p> <p><b>División del trabajo</b>                  Se trata de la especialización y cooperación de las fuerzas laborales en tareas y roles, con el objetivo de mejorar la salida de los servicios finales así como de la eficiencia.</p> <p><b>Demandas de la tarea</b>                  Conjunto de actividades dirigidas al logro de un objetivo específico la cual incluye una mezcla de decisiones, percepciones y actividades físicas o motoras. Dichas actividades generan inseguridad en el logro por parte de los residentes.</p>

<p><b>Orientación hacia la formación</b> Proceso conformado por un conjunto de actividades de enseñanza/aprendizaje orientado a actualizar y profundizar los conocimientos, valores, actividades, habilidades y destrezas requeridas para atender los problemas de salud de los pacientes.</p>
<b><i>Subcategoría</i></b>
<p><b>Condiciones Sociales y/o Organizacionales:</b> Esta categoría se relaciona con la interacción: las relaciones interpersonales dentro y fuera del contexto laboral.</p>
<b>Expresiones</b>
<p><b>Relaciones interpersonales en el contexto laboral</b> Son contactos que se establecen entre las personas durante la realización de una actividad, la comunicación es el elemento central a través de ella se logra intercambiar ideas, experiencia, valores, transmitir sentimientos y actitudes.</p> <p><b>Paciente grave</b> Estado en que el paciente padece físicamente o está expuesto a peligro de perder la vida.</p> <p><b>El trabajo clausura la vida personal</b> Se presenta cuando las actividades relacionadas con su vida personal se ven obstaculizadas o interrumpidas por su actividad laboral.</p>
<b><i>Subcategoría</i></b>
<p><b>Condiciones ambientales:</b> Se refiere al entorno físico donde de desarrolla el trabajo y a los recursos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de la actividad laboral.</p>
<b>Expresiones</b>
<p><b>Espacio-geográficos</b> Tiene que ver principalmente con la existencia de suficiente espacio, la distribución de ese espacio, su configuración y las relaciones que se establecen entre el espacio y los trabajadores.</p> <p><b>Materiales y equipo de trabajo</b> Se refiere a los materiales y equipamiento necesario para la consecución de tareas asignadas</p> <p><b>Insuficiencia de personal de salud</b> Se relaciona con la falta de personal implicado para desempeñar el trabajo.</p>
<b><i>Subcategoría</i></b>
<b>Condiciones de empleo</b>

Se refiere a las condiciones bajo las cuales los becarios prestan sus servicios laborales en la institución. Aquí se incluyen las condiciones salariales.

#### **Expresión**

##### **Beca**

Este término se refiere a la totalidad de la remuneración en efectivo que recibe el médico por el desempeño de sus funciones.

#### **Categoría: Afrontamiento**

Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

#### **Subcategorías**

##### **Afrontamiento dirigidos al problema**

Van hacia la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación.

##### **Afrontamiento dirigidos a la emoción**

Este tipo de afrontamiento esta dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

#### **Categoría: Salud**

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedad (OMS,1946)

#### **Subcategoría**

##### **Consecuencias negativas en la salud**

Hace referencia a los cambios experimentados por las personas, por la vivencia de un estrés intenso y que tiene consecuencias negativas en la salud.

#### **Categoría: Naturalización**

Cuando ciertas representaciones indican que algo (una práctica, una forma de ser o de actuar y sus consecuencias) se ha *naturalizado*<sup>1</sup> nos referimos a aquello que se concibe como natural o que forma parte de la naturaleza de tal práctica, por lo que no se le cuestiona ni se le concibe de forma diferente alguna aún cuando pudiera serlo. En este caso, aludimos a las prácticas que han sido institucionalizadas en el medio hospitalario y que forman parte de la cultura médica. De ahí que sean concebidas como algo “natural” y que se asuman como pertenecientes a la naturaleza misma del “ser” y el “hacer” de tales prácticas (Guillén, 2007).

### **Subcategorías**

#### **Necesidad**

Se refiere cuando ciertas formas de trabajo son percibidas como una necesidad, necesidad que parte de las demandas estipuladas para cada uno de los servicios.

#### **Interés**

Se presenta cuando existe una inclinación o preferencia hacia la especialidad que se está cursando.

### **Categoría: Imaginario**

En lo que respecta a la presente investigación, entenderemos el imaginario como las representaciones que los residentes del Hospital General tienen sobre su realidad inmediata en el entorno institucional. Esto es, las formas de pensar y los significados que atribuyen a la cotidianidad laboral en que se encuentran inmersos. El imaginario supone una visión del presente, es decir cómo opera la dinámica institucional y qué efectos produce en su vida profesional cotidiana. Pero, al mismo tiempo, también supone una visión del “deber ser” de dicha dinámica, es decir los puntos de vista (representaciones) sobre la forma en que debería funcionar la institución en conjunto o determinados aspectos de la misma (Guillén, 2007).

---

<sup>1</sup> Los conceptos más próximos a la noción de naturalización que aquí utilizamos son los de *natural* y *naturaleza*. Dos de los sentidos del primero de estos conceptos son 1) “perteneciente a la naturaleza o conforme a la calidad o propiedad de las cosas”, 2) “regular y que comúnmente sucede”. Por su parte, el segundo de estos conceptos hace referencia a la “esencia y propiedad característica” de personas, hechos y cosas. Véase Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Tomo II, Vigésima Edición.

## **La Profesión Médica**

La Medicina (del latín medicina, de mederi que significa curar, cuidar, medicar) es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, y que implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las diferentes enfermedades. La medicina no es sólo un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos, sino que es una disciplina que idealmente tiene fundamento en un trípode: el médico, como agente activo en el proceso sanitario; el enfermo, como agente pasivo, por ello es "paciente"; y la entidad nosológica, la enfermedad que es el vehículo y nexo de la relación médico-paciente.

Durante mucho tiempo se consideró al médico como un ser omnipotente; es decir, se le atribuyeron características que, de una u otra forma, lo colocaban en un orden suprahumano, mistificando su imagen, convirtiéndose en una actividad extremadamente ideologizada (Ortiz, 1997).

Desde el siglo XIX el principal modelo de la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico (Becoña, 2000). Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos, es decir, cuando los médicos se refieren a salud generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma, al pensar así, el médico supone que tanto la teoría como la práctica de su actividad son únicas, autónomas e independientes del resto de la sociedad. Aunque pareciera que esta posición se va modificando con el transcurrir del tiempo, ya que a partir de la definición de salud propuesta por la OMS (1974) nos lleva a abordar el concepto de una manera multidimensional, que considera sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Lo relevante para nuestro estudio es abordar al médico durante su proceso de formación, valorando el ambiente donde se desarrolla, ya que

existen características propias de esta profesión, que los hace diferentes a otros trabajadores. Por ejemplo, el médico nunca es dueño de su tiempo, y sus pacientes se apoderan de este aspecto tan importante de su vida.

Los médicos tienen conocimiento acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir; sin embargo, se percatan de que el contexto institucional en el que se desenvuelven les limita de forma importante varios aspectos de la vida cotidiana. Las instituciones de salud no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, mobiliarios e interrelaciones personales que faciliten el autocuidado de quienes ahí trabajan (Arenas, 2004).

No solamente el contexto institucional aparece enmarcado como un factor que influye en la generación de estrés, sino también las características propias de la profesión, la relación que establece el médico con sus pacientes, quienes experimentan graves problemas de salud. Estos pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas y enfermedades terminales, y no solamente enfrentándose a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sino también a los familiares y amigos, incertidumbre ante el diagnóstico y tratamiento, contacto con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsables de vidas humanas, ser demandado por una mala práctica, tener que transmitir malas noticias que es aceptado mayoritariamente por los facultativos como algo inherente al desempeño de la profesión médica, y sin embargo, constituyen de manera general factores estresantes para la mayoría de estos profesionales y como dichos factores afectan la calidad en la atención a la salud.

Los residentes bajo nuestro estudio se encuentran en formación en el Hospital General del Estado (Dr. Ernesto Ramos Bours), quien es considerado una institución de salud de segundo nivel administrativamente de la Secretaría de Salud, pero cuenta con especialidades y subespecialidades de tercer nivel de atención, teniendo como misión proporcionar atención médica especializada

de calidad y con alto sentido humano a la población del seguro popular y que no cuenta con el beneficio de la seguridad social, así como realizar investigación médica y participar en el desarrollo de recursos humanos, médico y paramédico que cumpla con los requerimientos y exigencias del usuario en materia de salud.

El Hospital General es considerado una unidad receptora de residentes, es decir, una unidad de atención médica en la cual se pueden cumplir las residencias<sup>2</sup>, que para los efectos de la Ley General de Salud exige la especialización de los profesionales de la medicina.

En la actualidad cuenta con especialidades como: Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Medicina Interna, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Medicina Familiar, Radiología, Urgencias Médicas, Medicina Integrada y Psiquiatría. Contando con los recursos físicos, materiales y tecnológicos necesarios que garantizan el desarrollo adecuado de los programas académicos y operativos, según lo establecido por la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Medicas (NOM-090-SSA1-1994).

Los profesionales de la medicina que son aceptados en esta unidad médica para realizar un periodo de adiestramiento en una especialidad de residente<sup>3</sup> obtiene el reconocimiento de la UNAM a sus estudios de postgrado, adquirir la condición de alumno, lo compromete a hacer en todo tiempo honor a esta institución, a cumplir sus compromisos académicos y administrativos, a respetar los reglamentos generales sin pretender excepción alguna, y a mantener la disciplina.

---

<sup>2</sup> Conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de postgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas (NOM-090-SSA1-1994).

<sup>3</sup> Profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia (NOM-090-SSA1-1994).

Les sugerimos a nuestros lectores consultar la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (NOM-090-SSA1-1994) y el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2004), ya que dan una visión general de los lineamientos y normatividades por los cuales están regidos los residentes, especificando los criterios para el ingreso al sistema nacional de residencias médicas, promociones y cambios de sede, derechos y obligaciones de los residentes, guardias, estímulos, incapacidades y permisos, residencias y profesores para residencias de especialización entre otras.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente capítulo tiene el propósito de presentar la estrategia metodológica seguida a fin de enmarcar la parte de la realidad que constituye el objeto de investigación, esta fase comprende la descripción de los participantes, el instrumento de medida, así como la descripción detallada del procedimiento para la recolección de información. Para su consecución se realizaron diversas tareas, las cuales se especifican a continuación.

### **Estrategia de Investigación**

En las últimas décadas se ha discutido sobre la importancia que tiene utilizar el enfoque metodológico adecuado para la dimensión que nos interesa analizar. La utilización de uno u otro enfoque o la combinación de los mismos van a depender de los objetivos trazados en la investigación y la pregunta que se desea responder. Una idónea selección nos permitirá tener una visión más precisa del fenómeno a estudiar.

En la presente investigación se ha seleccionado la metodología cualitativa ya que es la pertinente para los propósitos de este estudio, dicha metodología es primordialmente inductiva, permitió que nuestras categorías emergieran desde los datos los cuales han provenido de una mirada muy profunda. Nos permitió explorar las experiencias de los médicos residentes en su vida laboral de una manera muy natural en tanto ocurren. En consecuencia no se manipuló el escenario de la investigación al controlar influencias externas o diseñar experimentos. Se trató de identificar el sentido de la vida dentro del hospital tal como se despliega, sin interrumpirla.

El diseño utilizado es Etnográfico descriptivo el cual pretende describir el comportamiento de las variables estudiadas. El resultado final radica en la descripción densa de la naturaleza del fenómeno bajo estudio.

## **Escenario y Participantes**

En esta indagación cualitativa se eligió a los participantes y el contexto bajo los siguientes cuestionamientos: ¿Quién puede dar la mayor información acerca de los tópicos explorados?, ¿en que contextos será posible reunir la mayor y mejor información acerca de los mismos? Entonces, pensé en los médicos residentes del Hospital General como una población idónea, los cuales podrían dar respuesta a estos cuestionamientos, y así fue. La respuesta del hospital fue favorable mostrando un gran interés por parte de las autoridades hospitalarias para iniciar con el proyecto. Siendo un hospital de enseñanza, teniendo las especialidades más documentadas por la literatura de acuerdo al tópico y mostrando una gran disponibilidad, dicho hospital cumplía con los criterios para seleccionarlo.

## **Delimitación de la Población**

Las especialidades consideradas para nuestro estudio son: Cirugía general, Anestesiología, Medicina Interna y Urgencias Medicas, ello, en virtud de que son consideradas como las especialidades que experimentan mayores eventos estresantes por la misma dinámica del servicio (Arenas, 2006)

Las personas que formaron parte del estudio han sido médicos residentes del sexo masculino y femenino que estén realizando su especialidad en el Hospital General en Hermosillo, Sonora.

Existen cuatro criterios básicos planteados por Gorden (en Valles, 2000) en los cuales basamos nuestra selección, estos son los siguientes:

1. ¿Quiénes tienen la información relevante?
2. ¿Quiénes son más accesibles socialmente?
3. ¿Quiénes están más dispuestos a informar?

4. ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión?

Hasta aquí, la población se define por médicos residentes del Hospital General, empero, se contemplaron, además, los siguientes criterios de exclusión:

- a) Los médicos que estuvieran rotando en otros hospitales.
- b) Aquellos médicos que no fuera de su interés participar en el proceso.

Tomando en cuenta las características poblacionales antes señaladas la población quedo conformada por 21 becarios.

### **Selección de la Muestra**

Cabe mencionar que la formula cualitativa para el cálculo del tamaño muestral contiene como ingrediente clave la noción, principio o estrategia de saturación, es decir, cuando el desarrollo de categorías es denso (en variación y proceso) y cuando las relaciones entre categorías están bien establecidas y validadas la saturación de los datos es alcanzada y se cumple con el llamado muestreo teórico (Mayan, 2001).

Como antes se mencionó se analizaron cuatro especialidades (Cirugía General, Anestesiología, Medicina Interna y Urgencias Medicas), en las cuales era variable la cantidad de médicos en cada una de ellas, así como varían los años de residencia para cada servicio.

Se fue seleccionando a un hombre y una mujer de cada año, cuando este criterio no se presentaba, se elegía ya sea a un hombre o una mujer, teniendo siempre presente el principio de saturación, cuando éste no se cumplía se optaba por elegir a un candidato más o realizar una segunda entrevista, como es el caso de Cirugía general y Anestesiología, donde se eligió un residente más del mismo género para cumplir con dicho principio.

Para el caso de Cirugía General fueron 7 médicos entrevistados, 2 mujeres y 5 hombres.

Para el servicio de Anestesiología se establecieron los mismos criterios, quedando un total de 6 residentes, 4 mujeres y 2 hombres.

En el servicio de Medicina Interna tuvimos un total de 5 residentes, 1 mujer y 4 hombres.

Para el caso de Urgencias Médicas se selecciono a un total de 3 médicos, 1 Mujer y 2 Hombres.

La distribución por especialidad la podemos observar en las tablas II,III, IV y V respectivamente.

**Tabla II. Distribución de médicos residentes-cirugía general**

<b>Clave de identificación</b>	<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>
CirGralR1H <sup>4</sup>	R1	25	H	Soltero
CirGralR1H	R1	29	H	Casado
CirGralR2H	R2	26	H	Soltero
CirGralR3M	R3	28	M	Soltera
CirGralR3H	R3	28	H	Soltero
CirGralR4H	R4	32	H	Soltero
CirGralR4M	R4	32	M	Soltera

---

<sup>4</sup> La clave de identificación fue compuesta según el servicio al que pertenece el médico residente, al año de residencia (R1, R2, R3 o R4) y el género (Hombre o Mujer), esto ocurre para el resto de las especialidades.

**Tabla III. Distribución de médicos residentes-anestesiología**

<b>Clave de identificación</b>	<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>
AnestR1M	R1	25	M	Soltera
AnestR1H	R1	27	H	Soltero
AnestR2M	R2	30	M	Casada
AnestR2M	R2	29	M	Soltero
AnestR3H	R3	29	H	Soltero
AnestR3M	R3	28	M	Casada

**Tabla IV. Distribución de médicos residentes-medicina interna**

<b>Clave de identificación</b>	<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>
MedIntR1H	R1	26	H	Soltero
MedIntR2H	R2	26	H	Soltero
MedIntR2M	R2	27	M	Soltera
MedIntR3H	R3	28	H	Soltero
MedIntR4H	R4	28	H	Casado

**Tabla V. Distribución de médicos residentes- urgencias médicas**

<b>Clave de identificación</b>	<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>
UrgMedR1H	R1	33	H	Casado
UrgMedR1M	R1	27	M	Casada
UrgMedR2H	R2	27	H	Casado

## Informantes Claves y Entrevistados Especiales

Durante el proceso de recolección de datos fue necesario apoyarnos en aquellas personas que podían guiar y facilitar el proceso:

Los *informantes claves* son personas que no aportan información “directamente relacionada con los objetivos de la entrevista”, pero proporcionan información “sobre la situación local” donde se realiza el estudio, asistiendo en la obtención de cooperación, localizando o contactando entrevistados, entre otras actividades de colaboración (Gorden, en Valles, 2002). En nuestro caso los informantes claves son las personas que por su posición dentro de la institución tienen la posibilidad de dicha colaboración teniendo el conocimiento del escenario donde se desenvuelven los médicos residentes y facilitando el contacto con los participantes en el estudio.

Los *entrevistados especiales* son aquellas personas que dan información directamente relevante para los objetivos del estudio y que son seleccionadas porque ocupan una posición única en la institución. (Gorden, en Valles, 2000). Una característica común a todos los entrevistados especiales es el hecho de que desempeñan una función de liderazgo, en el anexo 1 se detalla las características de estas personas.

Es importante mencionar que la información brindada por los *informantes claves y entrevistados especiales* ha sido esclarecedora, ya que sirvió como guía para el reconocimiento de las características y dinámica del lugar y para orientar la selección de los participantes de acuerdo a las variables definidas (Guillén, 2005). Asimismo como referente para la validación de las apreciaciones de los médicos residentes.

Con estos personajes se utilizó la entrevista de tipo conversacional caracterizada por el surgimiento y realización de las preguntas en el contexto y curso natural de la interacción.

## **Instrumento**

La información ha sido recopilada por medio de la entrevista semi-estructurada, siguiendo los lineamientos de una guía de temas, una vez realizada la revisión de la literatura y esbozando desde la experiencia personal, se prepararon las preguntas con antelación a las entrevistas y se realizó un estudio piloto a una pequeña muestra de médicos residentes<sup>5</sup>. Dicha guía se modificó y enriqueció con posterioridad a este proceso de aplicación previo. La guía contempló la indagación de los siguientes aspectos generales ver tabla VI.

---

<sup>5</sup> Se seleccionaron a 4 médicos residentes, uno de cada especialidad (Cirugía General, Anestesiología, Medicina Interna y Urgencias Médicas), se les aplicó la entrevista con el propósito de lograr una homogeneidad en las preguntas y lograr que estas estuvieran redactadas en función de los objetivos planteados.

**Tabla VI. Núcleos temáticos de la entrevista<sup>6</sup>**

<b><i>DIMENSIÓN (núcleos temáticos)</i></b>	<b><i>ASPECTOS A INDAGAR</i></b>
TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Recursos materiales</li> <li>❖ Condiciones físicas</li> <li>❖ Jornada de trabajo</li> <li>❖ Act. Relacionadas con el tipo de especialidad</li> <li>❖ Relaciones interpersonales (formales e informales)</li> </ul>
SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Físicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento</li> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Tensión muscular: dolor de cuello o espalda etc.</li> </ul> </li> <li>❖ Psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad y agresión</li> <li>• Ansiedad y temor</li> <li>• Soledad</li> <li>• Deterioro de la memoria reciente</li> <li>• Toma de decisiones</li> <li>• Concentración</li> <li>• Aislamiento etc.</li> </ul> </li> </ul>
AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para enfrentar las demandas externas e internas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durmió más de lo habitual</li> <li>• Busco ayuda</li> <li>• Rezó</li> <li>• Hizo ejercicio</li> <li>• Intento sentirse mejor comiendo, bebiendo, tomando drogas o medicamentos</li> <li>• Se volcó en el trabajo etc.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>6</sup> Cabe aclarar, que uno de los criterios de las entrevistas cualitativas semi-estructuradas es no instigar a los entrevistados a que nos den una respuesta con base a los intereses del investigador, el entrevistado tiene la libertad de expresar sus propias percepciones del fenómeno de estudio.

## **Estructura de la Entrevista**

En diseño, además de contemplar una serie de preguntas para determinar las características personales y laborales, se explora la rutina de trabajo a partir de lo que se considera un día normal de trabajo. Esto se plantea con el propósito de que los participantes recreen su rutina de trabajo, facilitando así la recuperación de las circunstancias laborales que se perciben como estresantes, se cuestionó la distribución que el médico residente hace de su tiempo, el recurso humano, las condiciones físicas, las relaciones interpersonales con los diversos actores institucionales y, las formas de afrontamiento, consecuencias en la salud con el propósito de derivar las categorías analíticas del estrés. Posteriormente se hizo un análisis de contenido que permitiera ir depurando cada una de las categorías analíticas, el objetivo de esto es la delimitación de las situaciones potencialmente generadoras de estrés, que reflejaran la especificidad del contexto en el que se desarrolla la actividad médica. Ver anexo 2.

## **Procedimiento: Estrategias de Contacto**

Si bien la participación de los informantes clave abrió camino para localizar y establecer contacto con nuestros participantes- de acuerdo a los criterios fijados en el diseño de investigación-, acceder a ellos fue toda una tarea que implicó -de mi parte- mucha paciencia, por lo que hubo que echar mano de distintas estrategias para conseguir realizar el conjunto de las entrevistas requeridas.

Una vez autorizado el proyecto de investigación por parte del hospital solicite a la secretaria de Enseñanza e Investigación una lista de los médicos residentes inscritos en las especialidades bajo estudio. Posteriormente

establecí contacto con el jefe de residentes (médico residente de cuarto año de ortopedia), explicándole el objetivo de dicha investigación y especificando los criterios de selección. Con su ayuda fuimos seleccionando los candidatos y especificando fechas para la entrevista. Un tiempo después, ya familiarizada con el personal y con el contexto se aprovecharon aquellos contactos con quienes se había establecido un buen rapport para que recomendaran a otros médicos bajo los criterios fijados. Esta última estrategia -redes sociales o “bola de nieve”- se realizó en varias ocasiones cuando los médicos previamente seleccionados estaban en quirófano, atendiendo a un paciente grave o cualquier otra actividad concerniente a su rutina de trabajo, lo cual fue uno de los contratiempos que se hicieron presentes y por lo tanto se llevó un poco más del tiempo del inicialmente estimado para el levantamiento de los datos.

Antes de iniciar las entrevistas se explicó el objetivo de estudio, siempre buscando las condiciones adecuadas y propicias para la obtención de la información por cada uno de los médicos.

Las entrevistas fueron guiadas por un conjunto de preguntas pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado (Mayan, 2001).

La información proporcionada fue grabada en audio y posteriormente transcrita haciendo un análisis preliminar de los datos orientándonos en el trabajo de campo.

### **Sistematización y Análisis de la Información**

El proceso de análisis consistió en codificar y categorizar patrones primarios en los datos.

La codificación es el proceso de identificar palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos de manera tal que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados (Mayan, 2001). Mediante la codificación

me familiarice con los datos y organice la información, leí más de una vez todos los datos, subraye secciones del texto, y se hicieron comentarios al margen observando todo aquello que era sobresaliente. Estos comentarios incluyen impresiones generales, puntos de interés y planes para trabajar con los datos (McLellan, 2003).

Una vez realizada la codificación se categorizaron los datos, se recortaron las secciones del texto- literalmente con tijeras- y se realizó la agrupación en categorías en archivos separados. En algunas ocasiones el mismo trozo de datos encajaba en dos categorías; cuando esto sucedía, se realizaba una referencia cruzada de esos datos en la otra categoría.

Una vez hechas las categorizaciones se tomó cada archivo y se leyó de nuevo cada recorte y se crearon sub-categorías para ilustrar las relaciones entre categorías y sub-categorías.

En algunas situaciones se presentaron casos negativos<sup>7</sup> los cuales son considerados como anomalías, por lo que se omitieron (Flick, 2002; Mayan, 2001).

Las categorías son juzgadas mediante dos criterios, homogeneidad interna y homogeneidad externa. La primera se refiere a las categorías individuales; que todos los datos reflejen la categoría y encajen perfectamente en ella. La segunda se refiere a las relaciones entre categorías; son todas distintas y diferenciables, las diferencias entre categorías deben ser sólidas y claras. (Guest, 2006)

Al integrar las categorías se retornó al nivel de “gran encuadre” al considerar los datos y hallar temas (Guillén, 2005). Para esto nos respondimos algunas cuestiones: ¿Cómo se relacionan las categorías?, ¿Qué patrones básicos se encuentran recurrentemente en los datos?, y ¿Qué conclusiones

---

<sup>7</sup> Son datos que difieren de aquello que la muestra, en su mayoría, está diciendo.

pueden ser trazadas? El objetivo fue ir hacia un nivel más elevado de análisis al descubrir las relaciones entre las categorías y encontrar tramas o temas comunes en los datos.

### **Aspectos Éticos**

La investigación fue realizada y supervisada por personas técnicamente preparadas, se ajustó a los principios científicos y se fundamentó en la experiencia previa.

No se estimó ningún tipo de riesgo para los sujetos, los cuales tenían plena libertad para aceptar o rechazar su condición de participantes, y se respetó el derecho del individuo a su intimidad

Por tanto se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

A cada uno de los médicos residentes durante el proceso de entrevista se le entregaba el consentimiento informado en forma escrita donde se daba cuenta de su participación y se les solicitaba su aprobación. Ver anexo 3.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se muestran las evidencias encontradas a partir de la narrativa de los entrevistados, dichas evidencias se han clasificado en *categorías*, de las cuales emergen *subcategorías* y de éstas *expresiones*. Algunas de ellas surgen de los datos y otras más del marco teórico de referencia. Las categorías, como las subcategorías y expresiones se han definido previamente con la finalidad de lograr un ajuste idóneo, y para su definición me he apoyado en el planteamiento de Peiró 1996 y Guillén<sup>8</sup>(ver apartado, Estrés y Salud: Implicaciones en el Medio Ambiente de Trabajo).

El análisis se hará por categoría, incluyendo todos los servicios médicos explorados en el escenario empírico. Cabe mencionar que, dada la diversidad de los referentes desde los cuales los sujetos entrevistados construyeron su discurso (percepción), no en todas las narrativas aparecen evidencias relacionadas con las categorías, subcategorías y expresiones consideradas en el análisis. De ahí que en las narrativas de determinados servicios médicos aparezcan referidas solamente algunas de éstas.

La primera categoría que se analizará es la de *Fuentes de Estrés*, en la que queda contenida la subcategoría *Condiciones temporales de trabajo, con sus expresiones, Jornada de trabajo y alimentación*. Una segunda subcategoría será *Estructura organizacional*, con sus expresiones, *cadena de mando, División del trabajo, demandas de la tarea y Orientación hacia la formación*, una tercera subcategoría sería *Condiciones sociales y/o organizacionales*, con sus expresiones, *Relaciones interpersonales en el contexto laboral, Pacientes graves y El trabajo clausura la vida personal*, una cuarta subcategoría basada en *Condiciones ambientales*, de la cual tenemos las expresiones, *Espacios*

---

<sup>8</sup> Asesora metodológica de este trabajo, y quien apoyo en la discusión y construcción de categorías sobre el trabajo empírico realizado.

*geográficos, Materiales y equipo de trabajo e Insuficiencia de personal de salud,* y una última referida a *Condiciones de empleo* con su expresión *Beca*, a continuación analizaremos cada una de ellas.

### **Categoría: Fuentes de Estrés**

#### **Subcategoría: Condiciones Temporales de Trabajo**

##### **Expresión: Jornada de Trabajo**

La jornada de trabajo no sólo establece cuándo los médicos residentes llevan a cabo su vida laboral, sino también la familiar y la social. El tiempo representa un factor no tangible, pero con gran importancia para la estructuración y organización de su trabajo, el cual se les presenta como un recurso para sacar un mayor o menor provecho en sus tareas laborales.

Lahaye y col., (1993) refieren que los horarios de trabajo en la asistencia sanitaria son frecuencia de quejas que en el resto de los trabajadores<sup>9</sup> y figuran, ciertamente, entre las más frecuentes por médicos y enfermeras. En la narrativa de nuestros entrevistados la jornada de trabajo también toma un significado importante, ya que la mayor parte del tiempo permanecen en la institución, se refieren a dicha jornada como excesiva y la cual es valorada como una fuente estresora.

“[Jornada de trabajo] Bueno pues, de las cuatro y media de la mañana de un día a las seis treinta, sí me va bien del otro día, si no me toca ingresar pues son más o menos como unas treintaiocho horas de trabajo, entonces, es un buen número de horas de trabajo para cualquier residente (...) yo considero que afecta a la salud de nosotros los

---

<sup>9</sup> En un 62% para los trabajadores en la asistencia sanitaria contra 39% para el resto de los trabajadores, datos presentados por Yassi (2001) en la enciclopedia de la salud y seguridad en el trabajo.

médicos en general, este sí afecta, es una jornada que tal vez sea en exceso “(CirGralR1H).

“Pues son muchas horas ¿no? Casi no te queda tiempo para tener otra actividad, sobre todo porque son guardias cada tres días ¿no? Y creo que es mucho el tiempo que pasamos aquí en el hospital” (CirGralR3M).

...”es un poquito excesivo en cuanto al tiempo de estancia, porque pues ya al otro día no das el mismo rendimiento...” (CirGralR4H).

“El estar más tiempo en el hospital del que debería eso me genera mucho estrés y molestia y me... me incomoda mucho el tener que cumplir o tener que estar aquí más tiempo del horario que debería de estar” (AnestR3M).

Otro de los factores a rescatar en esta expresión es el cansancio físico extenuante -diría yo- que les genera la jornada de trabajo. Es difícil tener un desempeño idóneo después de haber laborado 32 horas, o más aun hasta 38 como lo muestra la investigación de Rubin y col., (1991), quienes estudiaron una muestra de 63 residentes, antes y después de una guardia, seguida de una jornada completa de trabajo, utilizando una batería de pruebas de comportamiento, autoevaluadas por los sujetos. Los médicos sometidos a la prueba con posterioridad a la guardia mostraron déficit significativos del rendimiento en las pruebas de concentración visual, velocidad y precisión de codificación y memoria a corto plazo.

Esto refuerza la posición de los residentes analizados en este estudio. En los siguientes fragmentos podemos observar cómo la jornada viene siendo un factor que imposibilita el desarrollo laboral de los médicos y por lo cual tiene que tomarse en consideración por las autoridades hospitalarias, ya que el bienestar del recurso humano es vital para ofrecer un servicio de calidad.

“[toma aire profundamente] me tengo que levantar temprano, en mí es lo más difícil, es lo más pesado para mí, porque pues entra uno a las cuatro de la mañana, entras a escribir las notas y a penas... viene terminando uno a las 6, ya cansado pues, apenas a iniciar la jornada (...) y eso es lo que me está estresando ¡me estresa!” (CirGralR1H(2)).

“La jornada de trabajo es pesada, porque cuando no tenemos guardia pues estoy aquí mínimo trece horas, si no tengo guardia ¿no? y cuando tengo guardia, por ejemplo ahorita, que tuve guardia ayer ¡pues muy cansado!...” (CirGralR2H).

“...lo cansado es estar todo el día, todo el día dentro del quirófano...” (AnestR1M).

“Pues a decir, si es muy cansado, y este sí siento que son muchas horas, pero todos pasamos por ahí para este hacer una especialidad...” (AnestR2(2)).

“...por la jornada de trabajo, sí es cansado y es agotador y llega un momento en que... en que, en que dice uno ¡Hay quiero vacaciones! [Risas]...” (MedIntR2M).

“Bueno, lo que pasa es que en ese aspecto sí, es agotador, si es muy cansado...” (UrgMedR1H).

El trabajo dentro de una institución de salud es arduo y demanda mucha atención por parte de los profesionales de la salud. En nuestro estudio se observa que el mayor cúmulo de tareas recae específicamente en los residentes de primer año, independientemente del servicio al cual nos refiramos, pero es importante señalar que el servicio de cirugía general en este hospital cobra una importancia relevante ya que son las personas que tienen mayor número de tareas a cumplir y por ende se extiende su jornada de trabajo en comparación con los residentes de mayor jerarquía (Ver Anexo 4).

“El R1 no se avienta 36 horas se avienta 40 o 42 horas... en la mayoría del tiempo en activo... yo creo que en ningún lado pasa...” (...) el R1 sale a las 9, 10 de la noche, cuando la salida es a las tres de la tarde ¡El R1 es la Muerte!” le cambia a uno la vida exponencialmente, es como pasar de R1, que es el gato, el burro, el que se levanta más temprano, el que se duerme más tarde, el que no come, el que no está en su casa a pasar a R2 es un cambio radical. (CirGralR4H).

Durante una de mis estancias en el hospital, y utilizando la estrategia de la observación participante, tomé parte del pase de visita general<sup>10</sup> -realizado comúnmente los días martes- y observando la dinámica de dicho pase me pude percatar que los residentes de primer año se mostraban muy angustiados, específicamente al momento de presentar a sus pacientes.

Como primer elemento podemos rescatar que los residentes tenían seis días de estancia en el hospital, mostrando no tener habilidad para enfrentar esta tarea y, como segundo, que el adscrito, al momento de formular las preguntas, siempre mostraba una actitud de mando, el cual no daba confianza a los residentes para desempeñar la tarea demandada.

A continuación mostramos el contenido de la narrativa de uno de nuestros informantes especiales, obtenida durante el pase de visita antes mencionado:

“... a los residentes de primer año se les debe de dar chance para que conozcan las actividades y tareas que deben hacer, es un paso muy drástico, ser

---

<sup>10</sup> Actividad dentro del proceso enseñanza/aprendizaje que tiene como fin que el residente desarrolle habilidades con la aplicación del método clínico en el análisis y solución de problemas de salud. Tal actividad consiste en que el residente (quien desempeña el rol de estudiante) de información detallada sobre el estado de salud de su paciente al médico adscrito, (profesor responsable de la formación de los residentes) quien tiene la responsabilidad de fungir como modelo, y quien en base a todo lo que el educando expuso lo debe evaluar, corregir, motivar, esclarecer modos de actuación, orientar los exámenes complementarios que requiere el paciente discutido, la terapéutica, corregirá los errores, aportará elementos teóricos que no se hayan discutido y orientará el estudio individual y el autoaprendizaje. Todo con ética y respeto (Álvarez y col., 2000).

médico general y luego al día siguiente entrar a la especialidad. Se le tiene que dar inducción por lo menos un mes, los lanzan al ruedo desde el primer día...” (Docasd2).

No cabe duda que el trabajo del residente es fundamental para el funcionamiento del hospital ya que realiza una gran cantidad de tareas claves dentro de la institución y tampoco cabe duda de que la jornada de trabajo disminuye notablemente la eficiencia que el médico debería tener al momento de realizar cada una de sus actividades ya que está les genera cansancio el cual decrementa su desempeño académico y laboral.

### **Expresión: Alimentación**

Para los residentes, el ejercicio de la especialidad médica dificulta la ingesta de alimentos, específicamente por la carga de trabajo y por los tiempos estipulados para acceder al comedor.

Es importante precisar -y que es bien sabido por todos- que los seres humanos necesitamos una variada y equilibrada alimentación que es fundamental para la vida. Una dieta correcta nos ayuda a sentirnos mejor y responder de una manera más adecuada a las demandas del ambiente. La base de una buena nutrición reside en el equilibrio, la variedad y la moderación de nuestra alimentación, aspectos que no son cubiertos por los médicos entrevistados y que el hecho de no tener una buena dieta podría tener consecuencias negativas para la salud. Hipócrates decía que *nuestra alimentación es nuestra medicina* (Tratados Hipocráticos, 1997).

“... el exceso de trabajo...mmm muchos muchos no nada más yo todos nos alimentamos mal aquí, de hecho gran parte de los residentes este no tienen a veces - en cuanto a cirugía- quien pudiera comer tal vez como debería, sobre todo en las guardias, en la noche, a veces hay que pedir algo de afuera, cuando hay la oportunidad ¿no?”... (CirGralR1H).

“No tengo tiempo, especialmente en los días de guardia”. (CirGralR1H(2)).

“El que tiene guardia nada más tiene derecho de salir a comer de 1 a 2 y si tienes cirugía en adelante ya no comiste en todo el día y toda la noche porque difícilmente puedes salir a comprar algo...” (AnestR3M).

“tienes marcado que hora para comer, de dos a tres de la tarde, pero no puedes estar comiendo de dos a tres de la tarde cuando tienes muchos pendientes...” (MedIntR2H).

“...si no hay tiempo de desayunar, no desayunas, si no hay tiempo de cenar no cenas...” (MedIntR3H).

Podemos observar como dato relevante que para el caso de cirugía general esta expresión está referida específicamente por los residentes de primer año, y lo podemos relacionar con lo antes mencionado, en el sentido de que la mayor carga de trabajo recae sobre el R1 y, por lo tanto, lo que les imposibilita ir al comedor del hospital.

Arenas (2004) menciona en su investigación que los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir; sin embargo, se percatan de que el contexto institucional en el que se desenvuelven les limita en forma importante varios aspectos de su vida cotidiana, como el que se refiere a la alimentación.

### **Subcategoría: Estructura Organizacional**

#### **Expresión: Cadena de Mando**

Otro aspecto relevante dentro de la subcategoría estructura organizacional es la expresión a la que hemos denominado cadena de mando.

Dentro del Hospital se tiene definido un plan que especifica quién depende de quien. Estas líneas de dependencia son características fundamentales de cualquier organigrama, pero se tiene que tener presente la importancia de elegir un tramo ideal de control administrativo en la jerarquía organizacional. Un tramo demasiado amplio (de R1 hasta R3 o R4 dependiendo de la especialidad) podría significar que los residentes de mayor jerarquía o los mismos adscritos disminuyeran la atención hacia los residentes de menor jerarquía y por lo tanto reciban poca dirección o control.

La cadena de mando es un factor inherente a la práctica médica, se presenta como un círculo vicioso repitiendo patrones de comportamiento y como una forma de poder sobre los demás, lo cual influye en la calidad del servicio y las relaciones laborales.

“...no voy a suplir las labores de otras personas que estén en otra parte, al menos de que sea muy necesario, es decir que realmente se justifique, pero no porque otro residente quiera estar cómodamente y aprovecharse... de las jerarquías” (CirGraIR1H).

“...los rangos marcan diferencia personales, porque como quiera que sea pues el que está arriba de ti es responsable de lo que tu haces y a veces pues hay incidentes por así decirlo y pues se crea una distancia o un distanciamiento o un conflicto entre residente de menor y mayor jerarquía pues, entonces hay conflictos allí que no se sanan tan fácilmente, como los castigos que te dejan de guardia y eso”... (CirGraIR1H(2)).

“...el R1 tiene que estar plantado ahí si hay alguna duda o algo le habla al R2, si el R2 no lo puede solucionar le habla al R3, si al R3 no lo puede solucionar le habla al R4, y así es una cadenita ¡para todo es una cadenita!”...(CirGraIR4H).

“...Supongamos, el adscrito le dice a usted como R4 ‘hay que quitarle la sonda’ y usted al que tenga más cerca, ya sea R1 o R2 ¡o hasta el interno! si usted le dice a un R3 ‘quítale la sonda’ el R3 tiene la capacidad de mandar al R2 y el R2 al R1 y el R1 al

interno que sería muy diferente pues que el adscrito le dice a usted 'quítale la sonda' e inmediatamente yo quito esa sonda"... (CirGralR4H).

"mmm... ¿Cómo te diré?... pues quieren imponer su jerarquía más que nada, o sea, de que ellos ya son R3, de que ellos ya saben todo, que son unos expertos..." (AnestR1M).

"A que fueron así con ellas... creo que las R3 que salieron el año pasado eran muy estrictas, muy temperamentales y muy, muy cambiantes en su estado de ánimo, es a donde voy, con que se repita el patrón y de alguna forma tenemos que cambiarlo" (AnestR2M).

"...no dejar todo en manos del R que es superior, como que el adscrito le enseña al R4 y el R4 le enseña al R3 y el R3 le enseña al R2 y..." (AnestR2M(2)).

"...yo llegue aquí es lo que no me termina de convencer se que me voy a acostumbrar y que a lo mejor cuando yo sea R3 voy hacer igual porque siento que es como una cadenita este, eso es lo que a veces te hace sentir que es un poco tenso el ambiente..." (AnestR2M(2)).

"...el R1 es la mayor carga de trabajo en el sentido físico, en el que andas agotado físicamente ¿Por qué? Porque trae esto, has esto y esto otro, luego las guardias son más seguidas y, y hasta el camillero te manda, todo el mundo tiene poder jerárquico sobre ti pues y ya en el R3 yo lo disfruto más porque ya, salvo los adscritos, ya los demás residentes no te pueden empezar a dar ordenes..." (AnestR3H).

Como podemos observar en los fragmentos anteriores, la referencia a la expresión cadena de mando se hace presente en las narrativas de los entrevistados en los servicios de Cirugía general y Anestesiología, no siendo así en los de Medicina interna y Urgencias médicas.

Cabe mencionar que Medicina Interna aparece como un servicio más organizado, donde se percibe más apoyo entre compañeros (residente a residente) y que en el de Urgencias médicas el significado radica específicamente en su formación (este punto lo analizaremos con más detalle en la expresión orientación hacia la formación).

### **Expresión: División del Trabajo**

El éxito en el diagnóstico y tratamiento del paciente por parte del médico residente radica, en algunos de los casos, en la división del trabajo. El residente tiene que fungir como un mediador entre el paciente y el departamento de trabajo social o directivos de la misma institución, lo cual se presenta como un factor que dificulta los procesos de trabajo, ya que la especialización y cooperación de las fuerzas laborales aparece como un factor restrictivo para lograr un servicio de calidad.

“...el paciente tiene que pagar el estudio antes de que se le realice y esa es una gran dificultad para nosotros porque a veces dependemos de un estudio para poder tomar una decisión, no tenemos el apoyo para que se haga este estudio, si el paciente no trae dinero hasta ahí llegamos, entonces hay que nosotros mismos ir y hablar con trabajo social, con el subdirector que nos firmen, hablar con el familiar y decirle que consiga dinero y hablar con medio mundo” (CirGralR3M).

“...nosotros tenemos que estar verificando que se lo estén dando o hablar con los familiares y decirles que... que ese medicamento es muy importante... y me van a regañar a mí, y hable con el familiar, ya hable con el paciente, ya hable con la enfermera ¿que esta pasando? pues no hay no lo han traído los familiares, se le dio la receta y de más... no es de nuestra competencia andar viendo eso, yo creo que es de trabajo social”...(CirGralR4M).

“Para una radiografía es un problema si no te la autorizan, y pues tengo un paciente con cuatro días sin que le tomen una radiografía, porque no hay quien la autorice, el familiar no tiene recursos o no hay familiar o paciente indigente, o sea se tiene que autorizar, ya sea por algún directivo del hospital y a veces consideran ellos que no es necesario, y que no, ¡y no!” (MedIntR2H).

“...el paciente se queda hospitalizado porque no se realiza el estudio, por cuestiones no medicas, por cuestiones tanto de los pacientes –económicas-, como del hospital...” (MedIntR3H).

### **Expresión: Demandas de la Tarea**

Esta expresión adquiere un significado importante, especialmente para el servicio de anestesiología, ya que aparece en la mayoría de las narrativas de los médicos residentes. El hecho de enfrentarse a una situación novedosa o situación a la cual no pudieran tener una posible respuesta por falta experiencia o conocimiento, les genera estrés, este significado se hace presente desde el R1 hasta el R3.

“...me estresa el no saber lo que yo quisiera saber pues...” (AnestR1H).

“...mi mayor preocupación es no poder hacer algo bien, y pues lo que más me estresa es, por ejemplo aquí, yo vengo de otro hospital, eh de repente llegar aquí, todo es nuevo, si genero mucho estrés...” (AnestR2M).

“...ese es mi estrés pues, que ya nos están dejando solos con los pacientes y de repente meterme en un problema y no poder, no poder resolverlo porque todavía nosé y pues el estrés de no tener a alguien mayor a un lado que me este supervisando” (AmestR2M).

“...si se me complica algo tratar de resolverlo y esto a veces me genera mucho estrés el... el pensar en como voy a resolver algo que no esta dentro de mis capacidades” (AnestR3M).

“A mi al principio me angustiaba mucho -de R1-, me angustiaba porque en ese momento no sabia yo hacerlo pues...” (AnestR3H).

Sentirse responsables de la vida de su paciente y no saber que hacer con él es una fuente de estrés experimentada por nuestros entrevistados, específicamente, cuando se enfrentan a una tarea para la cual no han sido capacitados y dicha tarea requiere de una solución inmediata.

Es importante rescatar a partir de estas evidencias, y que nos sirven como punto de partida para la siguiente expresión, el papel del residente como estudiante. Si éste se encuentra en un proceso de aprendizaje es importante tener una orientación en cada momento de su formación.

### **Expresión: Orientación Hacia la Formación**

Otro factor relevante que los médicos residentes han mencionado está relacionado con su formación académica. Específicamente para el servicio de cirugía, existen actividades que se entrelazan y dificultan el proceso de enseñanza/ aprendizaje, especialmente en la dimensión teórica ya que consideran que ésta es tan importante como la práctica, visualizando un hueco que “jamás va a ser subsanado”.

...”pues aquí hay mucho trabajo, inclusive a veces no podemos acudir a clases porque hay alguna urgencia, estamos en cirugía y a veces no podemos ir a las clases... ¡pero las clases deben ser lo más importante!” (CirGraIR2H).

“En ocasiones cuando tenemos que estar en quirófano por alguna urgencia, en ocasiones no se puede asistir a clases nos salimos de la sesión bibliográfica o de la sesión general...” (CirGralR3H).

“Pues muchas veces son temas que... se supone que debimos de haber estudiado días antes o un día antes, para llegar más o menos preparado para la clase, este y... pues a veces si no hay tiempo o a la mejor que no tenemos el habito de haberlo estudiado antes y te metes a la cirugía, es un tema que vas retrasando pues, para tu enseñanza, lo dejaste de ver, y si no entraste a la clase, pues...” (CirGralR4M).

“...es importante hacer un vinculo entre ambas, tanto en la teoría como en la práctica, escuchar en la teoría, escuchar el comentario del profesor, la experiencia del profesor y no poder entrar a la clase porque estoy operando o estar en la clase y ya me están molestando, ya me están llamando, ya me están solicitando que vaya al quirófano porque tengo una cirugía y porque se retrasa todo el, todo el hospital si alguien no está. La prioridad, primero es el trabajo, ¡para el hospital la prioridad es el trabajo!” (CirGralR4H).

Otro aspecto relevante es la ausencia de los médicos adscritos en los servicios. Los residentes demandan el apoyo y asesoría de los mismos, ya que consideran que son las personas más capacitadas para orientarlos en la adquisición de conocimientos y consolidación de ciertas habilidades y, por lo tanto, lograr mayor seguridad en cada uno de los procedimientos o tareas a desempeñar.

“...los residentes te apoyan y todo... cuando uno les pregunta, a veces también nos preguntan, nos dejan tarea, como para estimularnos más a aprender, pero a veces este...tienen mal conocimiento ¡también pues!, y no tienen tanta experiencia como los adscritos, entonces este... sí sería mejor -creo yo- el nivel educativo del hospital (CirGralR1H).

“Los médicos adscritos no son de los que se ponen y te empiezan a decir sabes hazle, hazle, hazle, hazle, es raro que contigo se acerque uno y ‘vamos a ver este paciente para explicarte’, casi siempre es el residente el que te dice más o menos por donde irte” (CirGralR1(2)).

“[Se refiere a los adscritos]...no asisten a las clases, o sea yo doy la clase, yo preparo la clase y puedo preparar una cochinada, así cualquier cosa, así lo que se me ocurrió a las 11 de la noche que me acordé o que me llamaron que yo iba a dar la clase el día siguiente, tas tas tas cualquier cosa hago y nadie dice nada, no pasa nada... porque el adscrito no llegó, o la di rápido para que el adscrito que llegó tarde no se diera cuenta ¡Ah ya terminamos la clase doctor! A mis compañeros tampoco les interesa que yo haga la clase bien, porque también es una así como, ‘ah que de la clase rápido’ o ‘ah que bueno que la diste rápido porque tenía mucha hambre o tenía otra cosa que hacer’...” (CirGralR4H).

“...muchas veces estamos en las salas y nunca vimos al adscrito -o sea el médico titular de la sala- la enseñanza siempre va del R3 al R2 y del R2 al R1, y aunque el adscrito también te apoya, yo creo que deberían de... de de involucrarse mucho más... (...) ...hoy tengo guardia, entonces no voy a tener el tiempo necesario para poder leer bien, mañana que vaya a la clase pues, 'no leíste, no estudiaste' ahí viene la llamada de atención del médico” (AnestR1H)

“...no puede ser que un procedimiento que dura una hora y media, que este durando 4 horas por que lo esta haciendo el residente, yo entiendo que es un hospital de enseñanza y pues... así se aprende ¿no?, pero yo creo que deberían de, los adscritos de ponerle más atención a los residentes...” (AnestR2M(2)).

“...para mi sería muy reconfortante eso, si tienes una buena enseñanza, lo demás, el hecho de que tu seas más seguro en lo que haces y que tengas más, más confianza en ti mismo como médico residente, como anestesiólogo este, vas a trabajar más tranquilo, con menos cantidad de estrés ¿si? Entonces vas a tener capacidad para resolver todos los problemas y complicaciones” (AnestR4H).

“...algunos adscritos no están comprometidos pues con la enseñanza, al igual que hay residentes que tampoco están, yo creo que va mucho por ahí, si hay que exigirle y si hay que enseñarle, hay que estarlos ahí presionando para que nos puedan orientar...” (MedIntR3H).

La siguiente narrativa corresponde a uno de nuestros informantes especiales, refiriéndose a la situación antes planteada por los entrevistados, la cual constituye una evidencia de validación de la misma. Nótese como uno de los médicos adscritos reconoce explícitamente tanto el escaso tiempo que los residentes dedican al estudio, como el que los adscritos destinan para apoyar el proceso formativo en los días de clase, dentro de la jornada de trabajo.

...” el residente dedica muy poco tiempo a estudiar, los adscritos por lo general no están apoyándolos en sus días de clase, la excusa del adscrito es que el residente no estudia, entonces los desaniman para asistir a apoyarlos” (Docads2).

Bajo el análisis de esta misma expresión, podemos observar el notable significado que tiene para el servicio de urgencias médicas.

Las evidencias se presentan en cada uno de los entrevistados, quienes piensan que su posición se encuentra en severas desventajas, ya que hay una tendencia a compararse con el resto de los servicios. La falta de un urgenciólogo<sup>11</sup>, la falta de clases y la competencia profesional sobre el quehacer dificulta la consolidación de dicho servicio y por tanto se presenta como la fuente de estrés más significativa<sup>12</sup>.

...”nosotros podemos, este tomar textos, aplicarlos, pero si tenemos a una guía que este con nosotros ahí, una persona con experiencia, con capacidad, pues resulta

---

<sup>11</sup> Médico con especialidad en medicina de urgencias.

<sup>12</sup> Es importante señalar que la especialidad nace a partir de marzo del 2005, teniendo hasta el momento residentes de primero y segundo año.

mucho más fácil, si algo lo vamos a aprender sobre la marcha en diez días a lo mejor con un tutor una guía más fácil lo aprendemos en una hora ¿no?” (UrgMedR1H).

“Pues en cuanto a clases ahí si hay un poquito de problema, nos hemos organizado los médicos R2 y nosotros para tener clase, hemos visto muy pocas clases (...) Sí necesitamos ver algún tema pues rápidamente lo vemos pero no es una clase como tal, como los demás este los demás residentes” (UrgMedR1M).

...” ¿Cómo es posible? que estemos nosotros cursando una especialidad sin alguien que nos este orientando en nuestra área, entonces... es... mmm eso sí es muy difícil y es pesado eso si es pesadísimo estar luchando con otros compañeros residentes para ganarse uno un lugar... es incómodo” (UrgMedR2H).

### **Subcategoría: Condiciones Sociales y/o Organizacionales**

#### **Expresión: Relaciones Interpersonales en el Contexto laboral.**

D’ Anello y Col., (2003) realizaron una investigación sobre estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos y resaltan como aspectos más estresantes la interferencia, sobrecarga de trabajo, las relaciones interpersonales que se establecen con los mismo miembros del personal, visualizándola como la tercera fuente de estrés en esta población y conflicto de roles<sup>13</sup>.

En lo que respecta a nuestros entrevistados, las relaciones que se establecen entre el residente y el adscrito toman relevancia durante el proceso de enseñanza, específicamente en los estilos de dirección y conducción que asume el adscrito con el residente. De ahí que los residentes demanden relaciones laborales más favorables por parte de los adscritos.

---

<sup>13</sup> Se utilizó el análisis de varianza de una vía. Los resultados reflejaron diferencias significativas  $F(3,73)=65.6, p<.000$  igualmente las comparaciones de cada par de medidas también revelaron diferencias significativas entre todas ( $p<.05$ ). Ubicando a las relaciones interpersonales con una media de 9.8 y una desviación estándar de 5.1.

“...tener una relación más estrecha con los adscritos...” (CirGralR1H).

“...dependes completamente de tus relaciones en el hospital, que muchas veces son estresantes, o que tienes algún problema en el hospital en cuanto al trabajo, y en eso se basa toda tu vida...” (CirGralR3M).

“Si, siempre hay uno que otro adscrito difícil... su persona, su trato sobre todo, es algo difícil” (MedIntR4H).

Una de las funciones que desempeñan los residentes de cirugía es el pase de visita general (actividad que previamente se ha descrito dentro de jornada de trabajo). Esta función se presenta como un elemento relevante dentro del servicio, como puede apreciarse en las narrativas que a continuación se muestran. En ellas aparece con claridad que la fuente de estrés radica en la relación que se establece entre el residente y el médico adscrito, en el momento en que el primero informa al segundo sobre el estado de salud de su paciente.

“... pienso yo que una de las actividades principales es los días martes, que es el pase de visita general, junto con médicos adscritos, residentes e internos, considero que si nos lleva un poquito de estrés más que nada por la crítica -creo yo- de los adscritos, en base al manejo que le estamos dando al paciente a excepción de uno que otro médico adscrito si nos hace que nos pongamos estresados por el número de preguntas, ¡por la forma en que hacen las preguntas!...

...si nos genera un poquito de estrés, cuando vamos a empezar el pase de visita por el temor a esas críticas, malamente y se hace en la cama -en la cama del paciente- cuando estamos pasando visita, porque muchas veces con esas críticas el paciente pues es muy inteligente y está oyendo todo y si la regamos en algo, nos equivocamos en algo, cometimos algún error, el adscrito nos los hace ver -no a todos los adscritos-. El paciente como le digo es muy inteligente y muchas veces nos resta autoridad a nosotros que constantemente estamos viendo al paciente” (CirGralR4M).

“...me van a criticar, me van a regañar, ¿Por qué lo hiciste así? ¿Por qué no lo hiciste así? -El adscrito- y a la mejor este caso lo vamos a llevar a la sesión de caso y ahí me van a acabar los adscritos ¿Por qué lo hiciste? ¿Qué no viste bien? ¿Por qué no hiciste esto? Pero no dijeron ‘Ah pues si yo hubiera entrado’. Da más miedo lo que te pueden decir los adscritos, que lo que hiciste... [Se refiere a un procedimiento mal hecho] porque te hacen pedazos, ¡pedazos así!, te ponen en vergüenza con todos, ¡te crucifican!... (...) ...por ejemplo el día martes que tenemos el pase de visita con los adscritos, nadie quiere entrar al pase de visita con los adscritos ¡porque nos hacen pedazos!, nadie quiere tener un problema, porque el viernes a las nueve de la mañana con un yogurt y con unos burritos se atraganta uno ¡porque traga!, ‘Es que tú’ Se atraganta uno el burrito pues ¿por qué?...” (CirGralR4H).

La comunicación juega un papel relevante dentro de las relaciones interpersonales en el contexto laboral ya que a través de ella se logra el intercambio de ideas, experiencias, valores, transmisión de experiencias y actitudes.

Robbins (1999) menciona que los procesos de comunicación son fundamentales en los grupos de trabajo ya que éstos tienen funciones muy específicas como mantener el control, la motivación, la expresión emocional y la información.

Las relaciones interpersonales establecidas en el servicio de anestesiología cobran importancia en función del género; el hecho de ser mujer es visualizado como un problema. En el modelo de Sandín (1995) citado en Pereyra 2004, se retoman varios aspectos importantes y entre ellos resalta el sexo como una variable disposicional para el estrés. Asimismo, de acuerdo al planteamiento de Peiró (1996), el sexo constituye una variable facilitadora de carácter demográfico. Por su parte, Román (2005) establece en su investigación el género como fuente de estrés, encontrando diferencias en las manifestaciones de estrés laboral para todos los profesionales de la salud

(médicos y enfermeros). En nuestra investigación se presenta el sexo como significativo, específicamente en el servicio de anestesiología, en función de las relaciones interpersonales establecidas entre las mujeres.

“...como la mayoría somos mujeres pues, a veces nosotras somos más hostiles entre nosotras, como más envidiosas, un poquito de hipocresía, entonces eso es lo que hay, esos problemas...” (AnestR1M).

“Lo que prevalece son los estados de animo del personal, como la mayoría somos mujeres, se presta a que, ¡me cae gorda! o ¡me hizo esto!, ¡y no me la vuelve hacer!, pero como la mujeres no nos decimos las cosas de frente somos más hipócritas, se presta más de que, ¡ah, pues me la voy a fregar! a diferencia de los hombres en la cara se reclaman y no hay ningún problema, eso sería” (AnestR2M).

“...yo la verdad si lo he sentido un tanto hostil porque somos muchas las mujeres y las mujeres son muy conflictivas, entonces son como que muy territoriales como que es su espacio y llegas y lo invades...” (AnestR2M(2)).

“...lo que más me genera estrés son los problemas interpersonales que existen ahí en el servicio... (...)...las mujeres son muy sensibles...(...)...pareciera que el problema surgido es causa de las actitudes de las mujeres, a mi parecer no saben manejar su vida personal y laboral” (AnestR3H).

Como puede apreciarse, la feminización del personal médico residente en el servicio de anestesiología, de acuerdo a la valoración que nuestros entrevistados hacen, constituye un componente del ambiente laboral al que se le atribuye un significado de tensión en las relaciones interpersonales que supone un conflicto latente generador de estrés laboral. En los fragmentos de entrevista arriba presentados sale a flote la competitividad y el enfrentamiento, aspectos que son reconocidos tanto por el personal femenino como por el masculino.

### **Expresión: Paciente Grave**

El tener un paciente valorado como grave, es percibido como una fuente de estrés para los médicos residentes. Aunque este evento pareciera ser inherente a la práctica médica, se presenta como un elemento significativo específicamente cuando se está en la unidad de terapia intermedia o en el servicio de urgencias.

“...por ejemplo ahorita, estoy en terapia -encargado de terapia- es estresante porque son pacientes graves, en cualquier momento pueden fallecer, es estresante llegar todas las mañanas y estar todo el día ahí, porque son pacientes graves -todos están graves-, ningún paciente te deja, no puedes descansar”... (CirGralR2H).

“...cuando estamos a cargo de una unidad de terapia intermedia son pacientes quirúrgico graves... Entonces ahí también hay que llegar temprano, hay que estar ahí todo el día, hay que estar adentro con el paciente, a veces las guardias también hay que estar ahí adentro con el paciente si está grave, son 4 pacientes que están graves graves graves graves estee y que más le hago, y que más le puedo hacer, este esto que el otro que el otro y es... Ahí sí hay que apoyarse mucho de los demás” (CirGralR4H).

“Este pues cuando son pacientes de urgencias si me estreso, cuando son pacientes que vienen en muy malas condiciones sí es estresante este... es por lo regular cuando... eso casi siempre es en las guardias...” (AnestR3M).

“...lo estresante es el manejo de urgencias pues, es lo más, es el servicio más pesado pues, donde se carga más el trabajo y... y pues estar con un paciente a veces grave es un poco más estresante...” (MedIntR2M).

“...la atención del paciente, tratar de resolver la urgencia y tratar de hacer que tenga las mejores condiciones el paciente y que mejore su estado de salud, es eso, en sí el manejo del paciente...” (MedIntR2H).

Entre nuestros entrevistados, esta expresión (pacientes graves) aparece como un elemento importante, al igual que ocurre en los datos mostrados por Escribá-Agüir y Col., (2002b) quienes refieren que uno de los elementos estresantes señalados por médicos especialistas de seis hospitales de la provincia de Valencia fue el contacto diario con el sufrimiento y con la muerte, así como el hecho de sentirse responsables de vidas humanas.

“...se lleva uno el estrés a su casa, en el momento en que estás descansando estás pensando en lo que te pasó en la mañana, el paciente que tienes grave o el que operaste que ojalá le vaya bien, no sé qué, entonces es así como que podría ser eso precipitante del problema psicológico” (CirGralR3M).

“...lo más estresante es cuando un paciente se complica, entonces este, eso es lo más estresante” (AnestR1M).

“...lo que más me genera estrés es el paciente grave o al paciente que hay que ayudar, es la que más me genera estrés...” (MedIntR3H).

...”de cierta manera a uno le genera estrés, porque el paciente sobre todo cuando está con signos vitales muy inestables, cuando un paciente está en un estado crítico y no se tiene un diagnóstico inicial pues es difícil...” (UrgMedR2H).

### **Subcategoría: El Trabajo Clausura la Vida Personal**

En esta categoría, la cual surge de nuestros datos y toma un significado importante para el servicio de cirugía general y anestesiología, se toma en consideración las relaciones sociales establecidas fuera del contexto laboral.

Los entrevistados aluden –explícita o implícitamente- a que el contexto institucional en el que se desenvuelven limita de forma importante varios aspectos de su vida social, en especial las interacciones y el contacto con la familia.

“...entonces no tienes tiempo... libre para otra cosa más que ¡aquiii y ya!” (CirGralR2H).

“...estar haciendo las residencias consume mucho tiempo que cuando uno después, puedes analizar tu vida y no tienes este... tus relaciones sociales ya se acabaron, tus relaciones familiares incluso también, hay gente [se refiere a sus compañeros residentes] que su familia no es de aquí, o sea, vives sólo, no tienes relaciones personales, relaciones familiares...” (CirGralR3M).

“...de repente estar guardado todos los días y a todas horas y estar pensando en el que tengo que llegar temprano, el que me tengo que despertar, el que no puedo ir a una fiesta...(...) ...mis compañeros R1 y R2 porque ya se quieren ir porque están cansados y todavía tienen cirugía y eso les condiciona y lo vemos mucho en mis compañeros, los que son casados no que ya se quieren ir o que se les enfermó el niño, o que es la fiesta del cumpleaños y que no se pueden ir...(...)...yo nunca me había ido de navidad a mi casa, es el primer año de residencias que me voy a mi casa en navidad y año nuevo, o sea que pierdes el espíritu navideño ¡de que hay el arbolito!, yo vivo sólo así es que pues no voy a poner arbolito, nada, y aquí cenas, pero aquí estás trabajando, o sea, si viene el director, y la cenita y muchas felicidades y que les vaya bien, se va a su casa y como debe de ser, y ya, y entonces pues no es lo mismo... (..) ...cuando salimos entre nosotros pues terminamos en lo mismo, no sabemos hablar otra cosa, porque nomás vivimos de esta cosa y no salimos de aquí... entonces eso tiene muchas repercusiones en el funcionamiento de todos” (CirGralR4H).

“...estas pensando en tu hijos que a veces que se te enferman y no puedes salir porque tienes guardia o este... o que quisieras ir con ellos en su festival y no puedes

porque estas en tus horas de trabajo o sea no puedes, no puedes llevar una vida tan normal como si tuvieras cualquier otro trabajo...” (AnesR3M).

Podemos observar a través de las narrativas como esta categoría toma un significado más relevante para los residentes que tienen hijos, ya que sus actividades profesionales les imposibilita desempeñar adecuadamente su rol, ya sea de papá o mamá.

Para los residentes de primer año, existe una cantidad mayor de tareas y por lo tanto su jornada de trabajo se extiende (ver subcategoría jornada de trabajo, previamente analizada). Esta situación se plantea, en el sentido de que se visualiza –en especial por parte del R1 de cirugía- como un factor que afecta las relaciones sociales.

Existe una tarea en lo particular, que es realizada por los residentes de primer año, que consiste en asistir al hospital en un día que comúnmente se tiene como descanso, dicha tarea consiste en realizar ingresos<sup>14</sup>, la cual es valorada como estresante, lo que queda claramente expresado en el siguiente fragmento:

“...estoy con mi esposa, mi familia, mi hijo, en un día común como domingo ya para dormirme ¿sí? y tengo que venir a ingresar, o sea no puedo ir a misa, no puedo ir al cine o pasear o comer porque estoy con estrés, es un estrés, y sí afecta porque tengo que venir con mi familia con mi niño, o sea no los puedo ir a dejar y luego regresarme, o sea sí afecta, sí afecta al igual que entre semana pues, sí afecta pues porque o sea independientemente que el servicio de cirugía es muy absorbente tengo problemas para tener una relación social o inclusive con mi esposa ¿no? hemos tenido problemas porque si es la falta de tiempo, sí considero que afecta, ¡me estresa!, me estresa...” (CirGralR1H).

---

<sup>14</sup> Evaluación inicial del paciente que está programado para ingresar a quirófano, que incluye checar la historia clínica, antecedentes personales entre otras actividades.

La dinámica laboral del médico residente toma un significado importante dentro de las relaciones sociales. Como señala Peiró (1996), el trabajo debe permitir la satisfacción de necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales, el desarrollo personal. Debe de estar estrechamente vinculado y relacionado con facetas de la vida como la familia, la formación, el ocio y el tiempo libre, la participación social, la ética, la religión, entre otras, que constituirán, como contrapartida, el ámbito del “no- trabajo”.

El lograr una distribución del tiempo entre el trabajo de los residentes y otros ámbitos de su vida, ejercerá un importante papel para la configuración de sus roles sociales, y así lograr minimizar fuentes de estrés que podrían traducirse en una mayor satisfacción laboral y en el mejoramiento de la calidad en el servicio.

### **Subcategoría: Condiciones Ambientales**

#### **Expresión: Espacios Geográficos**

En nuestro estudio, la expresión espacio geográfico ha sido retomada de *la Taxonomía de las Condiciones de Trabajo* propuestas por Peiró<sup>15</sup>. Tiene que ver principalmente con la existencia de suficiente espacio para poder desarrollar la actividad laboral, la distribución de ese espacio, su configuración y las relaciones que se establecen entre el espacio y los trabajadores.

Las condiciones de trabajo relacionadas con el espacio han sido consideradas tanto desde la Ergonomía<sup>16</sup>, como desde la Psicología Ambiental, centrándose esta última en el valor del espacio para los individuos y su relación con variables psicológicas. Bajo esta posición Peiró (1996) menciona que

---

<sup>15</sup> Tratado de Psicología del trabajo, volumen I, La actividad laboral en su contexto. Pág. 42

<sup>16</sup> Centrándose principalmente en el espacio en relación con el desempeño de las tareas, los movimientos necesarios para realizar el trabajo, las posturas requeridas del trabajador, en un sentido amplio, al diseño del puesto (Peiró 1996).

pueden incluirse básicamente tres variables: la *masificación o hacinamiento*<sup>17</sup>, la *privacidad*<sup>18</sup> y la *territorialidad*<sup>19</sup>. Estos tres conceptos enfatizan la interacción entre las personas y el ambiente entendido como su espacio. Estas variables toman relevancia en las evidencias encontradas, identificándolas como parte de la relación establecida específicamente en el espacio asignado para el descanso durante las guardias.

El descanso durante la guardia debe ser una regla, más aun cuando un día anterior se ha tenido un día normal de trabajo.

Respecto a esta situación la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó en junio de 1990 un convenio sobre trabajo nocturno (no.171) en el que se declara que todas las personas que trabajan de noche, no sólo las mujeres necesitan protección (OIT 1990). Este enfoque es coherente con su postura general, según la cual todo tipo de “trabajo debe desarrollarse en un medio ambiente seguro y saludable” (OIT ,1989).

“...hacen falta áreas de descanso durante las guardias” (CirGralR2H).

“En las guardias por ejemplo no hay un lugar específico para descansar, -si es que se puede- para todo el personal ¡sí me preocupa eso a mí!, de repente veo a los compañeros que no están descansando de forma adecuada cuando se puede hacer, en un sitio adecuado. Hay unas guardias que son muy tranquilas y puedes descansar, hay otras guardias que no puedes descansar nada, hay cuatro camas para bastantes residentes” (CirGralR3H).

---

<sup>17</sup> Consiste en la percepción que cada persona tiene acerca de la densidad de un lugar (Ornstein, 1990)

<sup>18</sup> Definida como el control selectivo del acceso de otro a uno mismo o al propio grupo, lo que supone aclarar las necesidades y deseos de privacidad para poder actuar y alcanzar esas preferencias (Ornstein, 1990).

<sup>19</sup> Hace referencia a la percepción de un espacio como algo propio, y ha sido definida desde dos y ha sido definida mediante dos perspectivas. La primera se centra en determinantes instintivos relacionados con la demarcación, defensa y control del espacio. La segunda perspectiva en la definición de la territorialidad enfatizada el valor del espacio como representación del estatus y poder. (Ornstein, 1990)

“...nosotros no tenemos suficiente espacio para descanso por ejemplo en las guardias, tenemos un solo cuarto y somos muchos residentes ¿no? Un solo cuarto con dos literas son para cuatro personas, eso es ya si llega la hora que podamos descansar un rato y no hay en donde descansenos, ¡pues ya en donde quiera! el que se acomoda; por ejemplo si hay una cama desocupada de paciente pues te acomodas en la cama del paciente pero no son las condiciones en donde deberíamos nosotros de descansar” (CirGralR3M).

“...un lugar adecuado donde podamos descansar el poco tiempo este...” (AnestR3M).

“...no tienes un lugar apto ni si quiera donde bañarte, donde cambiarte después de la guardia...” (AnestR3M).

“...tener un área de descanso adecuada, aunque sea 15 minutos, 20 minutos, media hora, 4 horas, lo que yo pueda descansar, descansar bien, eso si me genera un poquito de fatiga o sea al siguiente día ando muy cansado...” (MedIntR3H).

“...hacen falta áreas de descanso para las guardias, es imposible durar más de treinta horas despierto, quien lo haga al cabo de meses termina todo amolado...” (MedIntR4H).

Como puede observarse, en los fragmentos arriba citados las referencias que aluden a la expresión *espacios geográficos*, como parte de las condiciones ambientales, se encuentran vinculadas -en su gran mayoría- a condiciones de trabajo que generan estrés, en tanto que las percepciones tienen que ver, fundamentalmente, con la inadecuación o escasa funcionalidad de los espacios físicos para favorecer el descanso durante las jornadas de trabajo prolongadas.

### **Expresión: Materiales y Equipo de trabajo**

Los médicos residentes hacen referencia a los recursos como un elemento importante para sacar adelante sus tareas. Perciben la falta de materiales y equipo de trabajo como un elemento que retarda la consecución de las distintas tareas que realizan. La falta de medicamentos, computadoras, sillas, son sólo algunos de los recursos a los cuales se hace mención.

En los servicios de Cirugía General y Anestesiología, nuestros entrevistados hacen hincapié en las limitaciones que comúnmente se presentan en el área de quirófano, como la falta de luz, de mobiliario, de medicamentos, todos ellos recursos fundamentales para los procedimientos quirúrgicos y para el seguimiento del historial clínico de los pacientes.

También es importante mencionar que los residentes tienden a comparar su institución con otra y refieren estar mucho mejor, si de recursos materiales se trata.

“... por ejemplo la lámpara de una de las salas no funciona, sale el trabajo y tenemos que adaptar ciertas cirugías donde necesites menos luz, sería ideal que las cuatro salas funcionaran con luz y todo. Hoy en la mañana por ejemplo, nos enteramos que no funcionaba una maquina de anestesia pues lo que hacemos es poner todas las cirugías en tres salas, vamos a salir un poco más tarde, porque son las mismas pero en menos salas...” (CirGralR3H)

“Pues si o sea en ocasiones, el antibiótico, por ejemplo, es muy importantes los antibióticos, haces el procedimiento quirúrgico que es el 50% en muchas ocasiones para resolverle el problema a tu paciente...” (CirGralR3H).

“... no contamos con medicamentos, este... (...)...no tenemos así una amplia gama de medicamentos...” (CirGralR3M).

“...todas las notas que nosotros hacemos las hacemos en computadora, no hay las suficientes computadoras, a veces llega uno y están todas ocupadas y es tiempo, si yo

planeo que en este tiempo yo iba a hacer mis notas, pues ya no salen porque no hay suficiente computadoras o las impresoras no tiene papel o no tiene tinta, entonces si hay deficiencias...” (CirGralR3M).

“... es un problema, las sillas que están ahí, que utilizamos no son adecuadas pues, entonces le dije ese compañero a la jefa de enfermeras de urgencias ‘oye fulanita pues que nos traigan unas sillas adecuadas’ ‘uuu doctor me dijo el administrador que nos iban a hacer unos bancos’ de esos bancos que les das vueltecitas, o sea imagínate durar 36 horas en urgencias, sentado en ese banco... porque ese señor no está 36 horas sentado en ese banco ¡no está ahí 36 horas!, si estuviera se trae un reposet...” (CirGralR4H).

“...lo único que batallamos nosotros es al sacar los medicamentos que son controlados...” (AnestR1M).

“...tenemos que andar haciendo mexicanadas no tenemos ni las maquinas adecuadas, ni los monitores adecuados. Los espacios no están aptos para lo que se hace... en cuanto a quirófanos porque nosotros pues es ahí donde trabajamos todo el tiempo en el quirófano...” (AnestR3M).

“...en general el hospital tiene lo básico para salir adelante, sin embargo algunos medicamentos que serian también importantes y de repente no, no están, sin embargo se puede decir que es aceptable ¿no? Para ser un hospital público y demás, hay lugares que están más fregados que nosotros [risas]...” (AnestR4H)

“...a veces si hace mucha falta el medicamento...” (MedIntR2M).

“...son como cuatro computadoras y como dos tres sillas... si ves las sillas más incomodas, parecen ni sillas si no un banquito, o sea no nos tienen, o sea no es un lugar cómodo para trabajar...” (MedIntR2M).

“...que la cama no sirve, que no podemos sentar al paciente...” (MedIntR3H).

“...más camas para pacientes, es un hospital pequeño para la población de pacientes que manejamos...” (MedIntR4H).

Cabe mencionar que en la carta de los derechos generales de las médicas y médicos<sup>20</sup> se menciona en el punto tres lo siguiente: “Es un derecho de la médica o del médico recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios de acuerdo con el servicio a otorgar”. La Ley Federal del Trabajo también lo señala en su artículo 132, de igual forma lo especifica el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su artículo 21.

### **Subcategoría: Insuficiencia de Personal de Salud**

En los profesionales sanitarios (medicina, enfermería) el estrés está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden, especialmente, estresores como la escasez de personal que supone una sobrecarga laboral (Gil-Monte, 1997).

La insuficiencia de personal en este hospital, según nuestros entrevistados, se encuentra en residentes y enfermeras.

Para el caso de los residentes, la percepción sobre la insuficiencia de personal específicamente para los residentes de primer año, puede estar basada en la responsabilidad que se le exige al R1 por parte de los residentes de mayor jerarquía y en esto puede cifrarse la valoración de la ausencia de personal.

---

<sup>20</sup> Estos derechos tienen como propósito hacer explícito los derechos básicos en los cuales se sustenta la práctica médica, este documento fue elaborado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Instituciones de Salud, Colegio de Médicos entre otras.

“...tenemos problemas en recurso humano, considero yo que ocupamos otro R1 para que salga [Se refiere al trabajo] considero yo que debe de haber otro R1...” (CirGralR1H)

“De los residentes que hay... pues ahorita, ahorita tenemos escasos residentes de R2 y de R1 y es donde estamos batallando porque tenemos... pues el número... necesario ¿no?...pero todavía no es lo suficiente...y salimos de vacaciones y nos quedamos menos y tenemos que estar cubriendo cosas así ...” (CirGralR2H).

“...creo que es demasiado trabajo para tan pocos residentes, es un área donde todos los servicios quirúrgicos llegan, entonces nosotros tenemos que darnos abasto para los otorrinos, para los cirujanos, para otorpedista, este para endoscopista, para todos los servicios que son quirúrgicos, nosotros somos uno solo, entonces es muy, es un exceso de trabajo en ocasiones urología también o sea, somos muy pocos para tanto trabajo...” (AnestR3M).

“...”ser pocos en lo que es el servicio bueno en el caso mió que soy nada más yo en la guardia y el R2 que me apoya muchísimo también, pero este pues a veces no, no nos damos abasto...” (UrgMedR1M).

Por otro lado, los residentes manifiestan encontrarse limitados en el desarrollo de sus tareas por la falta de personal de enfermería. Esta limitación se aprecia primordialmente en el turno nocturno, en virtud de que se refiere que no se cuenta con el equipo humano necesario para cubrir los procesos quirúrgicos programados o, peor aun, aquellos etiquetados como urgentes, lo que significa prolongar la estancia en quirófano, situación que nuestros entrevistados identifican como estresora.

“...en cuestión de enfermería también tenemos problemas, sobre todo en las guardias y los fines de semana, tenemos cinco pacientes por operar y nada más llegó una equipo quirúrgico entonces pues se nos quedan ahí cuatro cirugías y estamos hechos

bolas con una, entonces ahí falta personal, personal quirúrgico de enfermería...” (CirGralR1H).

“...las enfermeras muchas veces no llegan para cubrir las cuatro salas, no hay equipo de enfermería suficientes, a veces llegan sólo para cubrir tres salas, entonces esa ya es una sala desperdiciada uno tiene que ir a hablar con la jefa de las enfermeras para decirle que nos consiga enfermeras” (CirGralR3M).

“... en la noche no nada, en la noche es muy difícil...entre nosotros si nos completamos somos 4 o mínimo 3 de guardia en cirugía nada más, pero el personal de enfermería es el que en la noche esta ¡terrible! a veces tenemos pacientes en urgencias y de repente llega un accidentado y hay un equipo nada más... y yo estoy adentro con una vesícula y llega un balaceado y lo tenemos que meter, y ¿cómo lo metes si no hay equipo? es causa de estrés el que no haya personal...” (CirGralR4H).

“Pues cuando tienes guardia y tienes mucho trabajo pendiente y te das cuenta de que no puedes meter todos los pacientes que tu quisieras, entonces este, pues si no pasas a cirugía rápido, de todos modos tienen que entrar a quirófano y si no pasan rápido pues van a ir de una por una y como son urgencia pues te vas a amanecer trabando ahí y empieza a angustiarte de que ya son las diez de la noche y me quedan diez cirugías todavía y tengo un equipo de enfermería nomás y, o sea, que no vas a dormir pues...” (AnestR4H).

“...y el personal de enfermería también es poco para el trabajo que hay ahí, si entonces ellos como les dan un paciente y ya viene otro y otro, pues haga de cuenta que a medias se va dejando cada paciente entonces vamos retrasando el tiempo de estancia del paciente, eso básicamente...” (UrgMedR1M).

El trabajo del residente depende también de otros profesionales de la salud. En este caso, y como ellos lo señalan, el personal de enfermería juega un papel muy importante dado que se le identifica como uno de los

profesionales que entra en mayor contacto con el residente, y que depende en gran medida de su trabajo dentro de quirófano. Es por ello que este factor debe considerarse como una fuente restrictiva para la institución hospitalaria, al igual que el resto de los factores antes mencionados pertenecientes a la categoría fuentes de estrés.

### **Subcategoría: Condiciones de Empleo**

#### **Expresión: Beca**

Un factor relevante que se rescata dentro de esta subcategoría es la expresión que hemos denominado *Beca*. La beca constituye el apoyo económico que perciben los residentes durante su formación. Apoyo que se percibe como no correspondiente con la proporción de actividades o tareas estipuladas en el programa operativo<sup>21</sup> y, sobre todo, con la jornada de trabajo que se tiene que cumplir para el desarrollo de dichas tareas.

Refieren aspectos muy importantes como el hecho de tener una familia o dependientes económicos, estar realizando la residencia en un estado (Sonora) donde los costos de alimentación, comida y servicios en general son más elevados.

“...yo sé que es una beca, pero nos damos cuenta que hacemos doble, doble jornada incluso diario, porque entras a las 7, 4 de la mañana en mi caso, y sales a las 6, son

---

<sup>21</sup>Instrumento que señala el desarrollo de la residencia calendarizado por servicios, rotaciones, sesiones departamentales y generales, actividades académicas y de investigación, tiempo para la toma de alimentos, descansos, guardias, vacaciones de acuerdo con el plan de estudios correspondientes. Teniendo como objetivo adecuar las actividades de atención médica y seminarios para cumplir con los objetivos de aprendizaje de cada uno de los alumnos en los diferentes años de la residencia, en un ambiente que propicie la reflexión crítica, con un análisis pertinente de la literatura, tomando en cuenta los aspectos éticos, de comunicación, viabilidad y factibilidad para formar médicos competentes con una visión y abordaje global del paciente. (Hospital General del Estado de Sonora, 2006).

casi más de 12 horas trabajando, 12...14 horas trabajando, y este, y si a eso le agrega que cada tercer día tiene uno guardia pues este 36 horas, entonces, me parece muy poco la beca, obviamente si tú, por tu condición tú puedes, quieres casarte, o sea más o menos puedes mantener una familia con eso ¿no?, me parece algo bajo...” (CirGralR1H(2)).

“... hay personas que están casadas, muchos compañeros casados, realmente no sé cómo le hacen, seguramente los apoyan los padres, pero sólo no creo que, con la beca, mantener una familia no se puede... no estoy en su lugar, pero yo creo que si, cuando una persona es sola, si yo tengo hambre pues vengo al hospital y como, pero si no tengo dinero y tengo que alimentar a un hijo y familiar pues yo creo que si es preocupante...” (CirGralR3H).

“[Risas] Ah bueno, ese es otro punto, este pues es una salario para, para que te alcance exactamente para lo que necesitas... es también estresante que ya se va a llegar la quincena y que no, ya no ves, no traes nada en la bolsa...” (CirGralR3M)

“Pues, como todo el tiempo nos lo han dicho, es sólo una beca, es un estímulo ¿no? este, pero pues pienso, las personas pues que estamos aquí trabajando y que no tenemos familia quien dependa de nosotros, pienso yo que pues está bien el salario que percibimos, pero para quienes ya tenemos familia, pues sí es insuficiente, no nos alcanza” (CirGralR4M).

“...mis papas viven de lo que trabajan pues, entonces si por alguna razón no pueden trabajar pues, va a ver un problema económico en la casa, entonces hasta en eso me provoca algo estrés” (AnestR1H).

“...yo soy soltera, y me alcanza perfectamente para pagar una renta, y comer y darme un lujito, pero si yo fuera alguien casada, con hijos o madre soltera, quizá ya no sería suficiente esa beca” (AnestR2M).

“...para todo el trabajo que hacemos, es en realidad muy poco...” (AnestR3M).

“Pues yo creo que si es suficiente, a lo mejor suficiente horita porque estoy soltero, o sea si tuviera familia sería insuficiente definitivamente... igual yo digo, para 36 horas de trabajo, cada tercer día, a lo mejor si es muy poco...” (MedIntR2H).

“...puede manejarse como una mano de obra barata, porque no es un salario, no es una beca con la que si yo estuviera casado, tuviera mis hijos o tuviera algún padre que dependiera de mi o alguna persona que dependiera de mi, con ese salario definitivamente no, no se puede, es muy pobre, la renta son caras, hay que estar comprando libros, hay que estar comprando zapatos, ropa y sobre todo para el hospital o sea ya quisiera uno comprarse ropa para afuera, prácticamente son pijamas, zapatos, uniformes, aquí nos apoyan con un uniforme o dos, pero tenemos que venir de 5 a 6 días a la semana, pues dos uniformes no nos sirven de nada...” (MedIntR3H).

...” es raquítico, pero pues es una beca, no es un salario, es aceptable, pero aquí en Sonora es una miseria no rinde nada-, todo es muy caro...” (UrgMedR2H).

A pesar de la valoración que hacen del apoyo económico percibido en términos de considerarlo, en lo general, como insuficiente, también sale a flote lo que podemos identificar como el efecto de *naturalización*, es decir, visualizarlo y aceptarlo como parte de las condiciones que son establecidas para los médicos en formación.

A continuación abordaremos otra de las categorías consideradas en nuestro estudio, la cual surge del marco teórico de referencia (Lazarus y col., 1984), y se denomina, *Afrontamiento*. De esta categoría se desprenden dos subcategorías: Afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción.

## **Categoría: Afrontamiento**

En esta categoría nos referiremos a los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y col., 1984). Lazarus se refiere a un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otras con aquéllas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Bajo este planteamiento hemos identificado dos modos de afrontamiento en la narrativa de nuestros entrevistados, uno dirigido a manipular o alterar el problema y el otro, a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Nos referiremos al primero, constituye un modo de afrontamiento dirigido al problema y al segundo como afrontamiento dirigido a la emoción.

### **Subcategoría: Afrontamiento Dirigido al Problema**

Este estilo de afrontamiento va directamente hacia la búsqueda de soluciones. Los residentes buscan opciones de respuesta muy concretas que pudieran dar solución a aquel evento valorado como estresante. Este estilo de afrontamiento es el más utilizado por los residentes ya que la dinámica de trabajo demanda -en la gran mayoría de los casos- una solución inmediata a los problemas presentados.

“...buscar algún médico adscrito o bien yo sólo ponerme a leer para poder sacar al paciente...” (CirGralR1H(2)).

“Si la pregunta es directamente hacia mi, pues trato de contestarla, este si lo sé responder en ese momento trato de contestarla en base al estado del paciente por el problema que llegó y a lo que quiere saber el adscrito” (CirGralR4M).

“...Pues aquí no tienes de muchas si no que afrontarlo... pensar qué puedes hacer, a veces si te da tiempo agarrar un libro, revisarlo rápidamente que seguramente ya los viste o alguna vez lo leíste o demás, tratar de de de... pues resolverlo en ese momento y si no se puede pues hablarle al superior que de todas maneras no sale uno del estrés”... (CirGralR4H).

“...hay ocasiones que llamo a mis anesthesiólogos de confianza que yo sé que les puedo preguntar y ya, en ocasiones hay veces que, bueno uno ya sabe como resolverlos pues, pero a veces la toma de decisiones no sabes cual es lo que más le conviene al paciente entonces, trato de comentarlo con alguien más y si no yo hago lo que yo creo que es mejor” (AnestR3M).

“Por lo general pues tienes que afrontarla o como dicen tomar el toro por lo cuernos, si hay un problema tratar de resolverlo...” (AnestR3H).

“...hay que identificar primero el problema principal y es pegársele al paciente, estar ahí con él hasta que se estabilice...” (MedIntR2M).

“Pues realizar el trabajo de la mejor forma que yo puedo, o sea lo hago dentro de mis posibilidades y si veo que ya no lo puedo solucionar yo, pues busco a la persona que me sigue en la jerarquía hacia superior, que es el que puede, debe de resolverlo...” (MedIntR2H).

“Estar atentos, ver que pasa con el paciente, que laboratorios se le tienen que pedir, que se le tiene que hacer, sí se le hizo o no se le hizo estudio, qué salio en el estudio, si los familiares están enterados de la situación del paciente, si se está tomando el medicamento, nada más, estar vigilando pues que se haga, las indicaciones que se lleven acabo...” (MedIntR3H).

...”dándole solución y pedir apoyo de personas que tienen más experiencia, compartir o sea no me quedo yo sola con eso, si no que trato de pedir apoyo de alguien que tenga más experiencia...” (UrgMedR1M).

...”me voy a los libros... en inmediato puedo sacar un libro de urgencias médicas y reviso el parámetro que me este haciendo falta o un criterio que este dudando, si se puede aplicar o no en el paciente, es lo que hago, basarme en los libros...” (UrgMedR2H).

Podemos observar a partir de estas evidencias, que los estilos de afrontamiento van dirigidos específicamente a manipular o alterar el problema, y que existen distintas variantes observadas a partir de los comportamientos desplegados en este escenario, y de las cuales podemos mencionar los siguientes: 1) acudir a los colegas, en especial a quienes tienen mayor experiencia (residentes y adscritos), 2) acudir a la literatura especializada, 3) manteniendo una actitud de alerta ante la reacción del paciente.

El estilo que más prevalece por la gran mayoría de los residentes para enfrentar una situación estresante es acudir a los compañeros (residentes) o sus maestros (médicos adscritos), que son considerados por ellos, las personas más competentes para solucionar un problema en específico.

Cabe mencionar que los dos estilos de afrontamiento pueden imbricarse en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Como evidencia de lo anterior, consideremos la siguiente narrativa.

“En ocasiones, son como periodos, hay periodos en los que, en que si dice uno, sabes que ya, o sea ya no puedo, hasta aquí la voy a dejar, mañana no voy a venir o etcétera ¿no?, hay días en que sabes que, no me quiero levantar de la cama, no quiero ir, mmm... pues yo he buscado ayuda, mmm... empecé a hacer ejercicio, ir a caminar,

correr en algunas ocasiones y yo creo que si me desestresa bastante el hacer ejercicio...” (CirGralR3M).

En este caso, podemos observar cómo el residente hace alusión a los dos estilos de afrontamiento, presentándose en un primer momento el *afrontamiento dirigido a la emoción*, el cual se muestra como facilitador para la aparición del *afrontamiento dirigido al problema*.

### **Subcategoría: Afrontamiento Dirigido a la Emoción**

En este estilo de afrontamiento el residente regula la respuesta emocional a que el problema da lugar. La forma en que éste afronta la situación valorada como estresante, depende principalmente de los recursos<sup>22</sup> de que dispone y de las limitaciones que dificultan el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

“Bueno primero yo analizo el caso, analizo de qué se trata ¿sí?, de dónde surgió el problema?, porque generalmente ahí esta la respuesta y veo yo como este pudiera resolver el problema de la mejor manera...”(CirGralR1H).

“...pues tratar de tranquilizarme y relajarme, pensar que pues todo, todo va a salir en su momento” (CirGralR2H).

“Pues trato de tranquilizarme y recuerdo todo lo que se me ha enseñado y, pues primero digo –me tengo que calmar, para que me puedan salir, salir bien las cosas...” (AnestR2M).

---

<sup>22</sup> Lazarus y col., (1984) ilustran la naturaleza multidimensional de los recursos de afrontamiento (sin ser exhaustivos) que muestran las personas para afrontar las demandas de la vida. Entre ellos esta: La salud, creencias positivas, recursos materiales, habilidades sociales, apoyo social entre otras.

Cuando los residentes valoran una situación como estresante y las demandas sobrepasan los recursos para poder enfrentarla, se presentan estrategias inefectivas de afrontamiento, que involucran, comportamientos no adaptativos, problemas emocionales y físicos con diferente intensidad y esto lo podemos observar en la siguiente categoría a la que más adelante nos referiremos.

Finalmente, al respecto de la categoría *afrontamiento*, en relación con nuestros resultados, podemos citar el trabajo realizado por Escribá-Agüir (2002a). Uno de sus objetivos se basó en la identificación de los estilos de afrontamiento del estrés, en médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia, encontrando que el modo de afrontamiento centrado en el problema es preferente en estos médicos, de igual manera como respuesta ante cuestiones concretas de su práctica profesional.

### **Categoría: Salud**

Esta categoría está en función de las consecuencias que tiene el estrés sobre la salud de los residentes. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedad<sup>23</sup>. Esta conceptualización positiva, nos lleva a abordar la misma como un concepto multidimensional, que considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta categoría (salud), se desprende la subcategoría *Consecuencias negativas en la salud*.

### **Subcategoría: Consecuencias Negativas en la Salud**

---

<sup>23</sup> Sabemos que esta definición marcó un hito en su momento, y que ha sido cuestionada a través de los años por ser una definición que presenta aspectos negativos y criticables. Para nuestros propósitos ha sido considerada ya que no sólo se refiere a la dimensión física del ser humano, sino que, por primera vez, se incluyen las dimensiones psicológica y social, que son importantes en nuestro estudio.

Las consecuencias negativas en la salud son diversas, podemos rescatar -así como lo menciona la definición de salud propuesta por la OMS- la dimensión biológica, psicológica y social en las evidencias de nuestros residentes, quienes relacionan estas consecuencias específicamente con las características del medio donde se desenvuelven, ya que les limita de forma importante para desplegar conductas saludables. Como lo mencionan Winett y col., (en Oblitas, 2000) las conductas saludables no ocurren en el vacío. Para comprender tales conductas uno debe comprender los contextos en que ocurren. Como puede apreciarse en los fragmentos de entrevista que se presentan a continuación, el contexto hospitalario en el que se desenvuelven los médicos residentes -y su dinámica- influye en forma significativa en sus estados de salud.

“Eee si he tenido consecuencias físicas, gastritis y todo eso verdad, porque a veces no tenemos tiempo de comer (...) He tenido problemas de articulaciones, dolores de articulaciones, sobre todo tobillos y rodillas, hace como un mes tuve como un cuadro deee -estuve incapacitado-estee, estaba en el servicio de infectología y empecé con un este moretones en las piernas y dolor, dolor se me empezaron a hinchar las piernas”... (CirGralR1H).

“Pues hasta horita, pues he empezado a bajar de peso, he empezado a bajar de peso, no se si por eh... me he mal pasado algunas veces, porque a veces no como, cuando ando haciendo mis tareas, y si he empezado a bajar de peso y este, nada más”. (CirGralR1(2)).

“Mmm solamente agotamiento crónico, que nunca antes había sentido antes de ingresar a la residencia queeee, que no tengo ganas de hacer nada cuando salgo de aquí [risas] por el trabajo -yo pienso- cansancio así diario, aunque no tenga guardia todo el día cansado... no más agotado, ¡siempre cansado! pues ya llega un momento

en el que... no vas a reaccionar igual, no vas a desempeñarte con la misma rapidez"...  
(CirGralR2H).

"...dolores de espalda, este, tengo varices ¿no? Por estar parada mucho tiempo, que sería este, eso si es una consecuencia física ¿no? Depresión, no se si este relacionado con el estrés porque pues no pueden ser muchos los factores que la causen ¿no? Pero pues yo creo que sí tiene que ver la manera o la vida que llevamos como residentes en que se agudice eso, que se precipiten los periodos esos que tengo de depresión"...  
(CirGralR3M).

"...he pasado por varias circunstancias de enfermedad, inclusive fui sometida a una cirugía de columna y aparte estuve también con una infección de riñón también muy fuerte que me condicionó una estancia en UCI por ocho días, pero pues de ahí en fuera nada más eso, pero creo yo que, que en cuanto a lo de la columna si, ahí si me afectó la carga el exceso de trabajo, porque también nosotros cuando entramos a quirófano, este, pasamos los pacientes a camilla, los tenemos que andar cargando, en mi caso pienso que eso si me afectó a mi para el problema que tuve. En ocasiones también, a lo mejor en el estado de ánimo, de que un poco decaído"... (CirGralR4M).

"...creo que he de haber bajado unos 5 o 6 kilos entre el desgaste de las levantadas, el estrés, el no comer porque no había tiempo para comer esteeee... pues nosé gastritis, yo creo que todo mundo tenemos gastritis, colitis"... (CirGralR4H).

"...cansada..." (AnestR1M).

"Ay, me siento con ganas de dormir y no saber nada, o sea que es horrible tener sueño y no poderte dormir y me siento así cansada simplemente digo hay ya no puedo más y tratas de poner atención a las, a las cosas, pero el cansancio físico a veces es..."  
(AnestR2M).

"Me siento muy ansiosa este empiezo a pasar de la ansiedad al enojo, pero pues ya después del enojo viene la calma, no puedo hacer nada para resolverlo, o sea si no

hasta que me den la autorización para irme, ya entonces me voy trato de tranquilizarme pero siempre el enojo por dentro, ya una vez que salgo del hospital es como un descanso...” (AnestR3M).

“...obviamente llegas cansado y a veces estresado, mentalmente a tu casa y a veces, eres un poco menos tolerante de como eras antes de una guardia de 36 horas, y que no dormiste y que a lo mejor sí te exaltas por cosas que, más eh triviales pues, y que después, oye, la regué pues, o sea, no es para tanto...” (MedIntR2H).

“...que probablemente este pesado y este toda la noche trabajando, y que al día siguiente voy a salir bien cansada, y tengo que descansar para poder leer...” (MedIntR2M).

“...y tenemos poco tiempo de estudio, en ese aspecto si me gustaría salir por guardia unas dos horas antes de lo que salimos normalmente para darle una estudiada, poder descansar, no es lo mismo estudiar con una mente cansada que una mente relajada...” (UrgMedR1H).

Las consecuencias negativas del estrés a las que hacen referencia los residentes son múltiples, debidas a cambios experimentados por su dinámica laboral. Podemos observar que dichas consecuencias son de alguna manera estables y duraderas, no solamente afectan al residente, los efectos también inciden sobre la institución.

En una investigación realizada a médicos familiares por Aranda y col., (2004) encontraron que las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), las respiratorias (19.2%), las gastrointestinales (18.3%) y Psicológicas (15.2%).

En la narrativa de nuestros entrevistados encontramos algunas similitudes con respecto a la investigación antes citada. Se identifican problemas gastrointestinales, patrones alterados de sueño, tensión muscular,

cambios y variaciones del estado de ánimo, depresión prevaleciendo el agotamiento físico y emocional.

### **Categoría: Naturalización**

Esta categoría alude a cuando ciertas representaciones indican que una práctica o forma de ser o actuar y sus consecuencias se han naturalizado por parte de los residentes. Es decir, nos referimos a aquello que se concibe como natural, que forma parte de la naturaleza de la práctica médica, esta categoría surge de nuestros datos y de ella se desprenden dos subcategorías: *Necesidad e Interés*.

#### **Subcategoría: Necesidad**

Los médicos residentes se refieren, en esta subcategoría, a prácticas que han sido institucionalizadas en el medio hospitalario, de ahí que son percibidas como parte de las necesidades de cada uno de los servicios, aunque dicha percepción no se presenta como un elemento minimizador de estrés.

“...nosotros pues entendemos cómo está el funcionamiento apenas porque somos residentes pues, entonces nosotros nos controlamos y hasta cierto punto de vista creo yo que está bien porque en cuanto a cirugía es un departamento que exige mucho trabajo ¿no?, mucha disciplina, esta mucha también tenacidad y experiencia, a pesar de que me estresa todo esto, yo considero que son necesidades del servicio que tal vez sean correctas, me estresa pero no estoy en contra” (CirGralR1H).

“...por ejemplo un compañero se fue de vacaciones estas dos semanas y lo he estado cubriendo, en vez de hacer guardia cada tres días estoy haciendo guardias cada dos días, entonces es más pesado, pero esas son... son cosas que... que son necesarias,

por ejemplo cuando yo me voy alguien más hace eso, pero es necesario” (CirGralR2H).

Es interesante ver como antes de iniciar su postgrado, los residentes se han creado una expectativa sobre aquellas situaciones o eventos a los que pudieran enfrentarse. Dichas expectativas están en función de lo que ellos han observado a través de su formación médica, desde la licenciatura, desde su internado, hasta el día de hoy. Naturalizan las jerarquías, el estar solos en ciertos momentos de su aprendizaje, el someterse a jornadas exhaustivas, estos eventos se consideran institucionalizados, como parte de la cultura médica.

“Estamos divididas, eso es porque se presta mucho a lo que son los programas de residencias, que hay residentes que son más altos, que tiene más tiempo aquí y que pues tienen más conocimiento y a veces ellos emplean esa, esa característica para mal...” (AnestR1M).

“Pues me aguanto, pues ni modo digo, a eso vine, o sea, yo ya sabia que así era, que nos iban aventar solos...” (AnestR2M).

“...somos residentes y todos pasamos por esto, todos nos quejamos de que las guardias son muy pesadas...” (AnestR3H).

“...pues es cansada [se refiere a su jornada de trabajo], pero ya sabíamos como era, no es nada que no me hubiera esperado... (MedIntR1H).

“Pues sí es cansada, [se refiere a su jornada de trabajo] es extenuante, pero pues es como esta planeado, es la jornada y la tenemos que cumplir” (MedIntR2H).

En esta subcategoría el servicio de urgencias médicas toma un significado especial. Como ya se ha señalado, urgencias médicas es un servicio

relativamente nuevo, los factores estresantes identificados por los residentes son referidos principalmente al proceso enseñanza- aprendizaje (el no tener clases, la necesidad de un urgenciólogo y reconocimiento del servicio). A pesar de ello esta situación se toma como un proceso natural, por el que hay que pasar para lograr la consolidación del servicio, y esto, lo podemos observar en los siguientes dos fragmentos.

...”somos una especialidad nueva [se refiere al servicio de urgencias médicas], de formación nueva, entonces muchas veces es como cuando algo nuevo no se acepta a la primera, o sea es poco a poco...” (UrgmedR1H).

“No pues yo pienso que es muy malo... [se refiere al servicio] es muy malo- no es lo que yo pensé, en realidad siendo objetivo, es malísimo... pero pues es de esperarse que en cualquier lugar en donde inicie una, cualquier proyecto pues inicia con carencias, inicia con... ciertas dificultades para ganarse uno un lugar o para llevarse a cabo una buena organización... (UrgMedR2H).

### **Subcategoría: Interés**

Con esta subcategoría nos referimos a la afinidad que tiene el residente por su vocación, entendida como interés. Dicho interés es identificado como un soporte que de una u otra manera da pie para seguir con su formación, el tomándolo como una forma de afrontar aquellas tareas o procesos de trabajo que se visualizan como estresantes.

“...en cuestión de eso que le comentaba de la falta esa de convivir con mi familia o de tener actividades tal vez que puedan generar salud a mi cuerpo, nosé alimentarme bien [risas] pero pues es un proceso por el cual ya sabíamos que íbamos a pasar por eso es que decidí hacer la especialidad y pues ni modo estoy yo dispuesto a seguir”... (CirGralR1H).

“Pero también –digo- antes de entrar a la residencia ya sabes a lo que vas, si no te gusta pues mejor no lo hagas porque todo esto es... a mi se me ha hecho muy bien porque me gusta mucho y me gusta lo que hago entonces si es estresante y es cansado pero como me gusta y me apasiona mucho pues eso lo compensa de igual manera, entonces si me canso y todo pero como me gusta mucho nooo... -no me agobia pues-“... (CirGralR2H).

“...pero la ventaja que tenemos nosotros es que estamos aquí porque queremos, estamos haciendo la residencia -bueno al menos yo así lo creo- porque quiero, estoy en la residencia porque quiero aprender, quiero ser residente y quiero ser cirujano. Eh... cosas económicas del hospital propias no lo hacen, o lo hacen un poquito más difícil, pues si es cierto, pero pues tenemos que optimizar lo poco que hay, ¿no cree?”...(CirGralR3H).

“...por más pesado que hubiera estado un día o meses tal vez así, pues siempre he sabido lo que quiero y a pesar del cansancio pues no nunca he tenido esa idea de dejar” (CirGralR4M)

“...hay hostilidad, hay este como fricción, como maldad, sentirme yo como que yo te mando a ti y cosas así, entonces en ese punto de vista si se hace un poquito más difícil trabajar diario pues, pero de ahí en fuera no es constante, ni es este, tan marcado si existe pero no interfiere tanto con lo que yo disfruto hacer...” (AnestR1M).

“...desde que entras aquí lo entiendes que es una carga de trabajo diferente, muy pesada si es cierto, pero tratas de disfrutarlo pues porque si no va a ser más pesada [Risas]...” (AnestR4H).

Es interesante observar como en los fragmentos anteriores se presenta una combinación entre naturalización e interés. El contexto en el cual se desenvuelve el residente tiene características particulares, identificables ante cualquier otra profesión, los eventos a los cuales se enfrenta día con día toman

un significado relevante en su vida profesional y personal, y que supone que a pesar de todos estos eventos valorados como estresantes, y a pesar de las consecuencias que esto conlleva, el interés por la profesión fluye a través de las narrativas.

### **Categoría: Imaginario**

En su acepción más amplia, el imaginario se refiere a las representaciones (apreciación, valoración) que los sujetos construyen sobre la realidad que viven. Constituyen, entonces, formas de representar la realidad enmarcada en tiempo y espacio. Aquí, nos abocaremos a las representaciones de los médicos residentes en tanto visión del “deber ser” de la dinámica laboral, esto es: cómo debería funcionar la institución.

El imaginario se fundamenta en una visión hacia el futuro, un futuro que se percibe en función de la eliminación o minimización de aquellas situaciones estresantes, visualizando el contexto laboral en un escenario ideal para su desarrollo profesional.

Las siguientes narrativas hacen alusión a una diversidad de factores, que desde nuestro punto de vista están implícitos en la reducción de fuentes de estrés, como la jornada de trabajo, las jerarquías, la división del trabajo, las interacciones establecidas, el proceso de formación, las insuficiencias en recursos materiales y humanos, así como las percepciones económicas, todas ellas visualizadas como un posible cambio.

“...que se viera más bien en cuanto al tiempo de trabajo en la jornada por guardia, que si beneficiaría muchísimo si se redujera el horario, si entramos de guardia, y el día que salimos de guardia saliéramos un poco más temprano, este, eso beneficiaría mucho también el rendimiento de cada quien” (CirGralR4M).

“...no dejarte de guardia o cargarte de más trabajo, pues, no me parece que sea algo, un buen motivo de que para que te disciplines, pues, entonces, no estoy de acuerdo en eso”... (CirGralR1(2)).

“...que no haya tanta jerarquía por lo que te digo, R3, R2, R1, o sea si se superan conocimientos un año, pero al final de cuenta sales y todos son iguales...” (AnestR2(2)).

“...debería de haber un poquito más de apoyo o tener a alguien encargado exclusivamente para eso [se refiere a la autorización de estudios, medicamentos o algún procedimiento que requiera el paciente cuando esté no pueda pagarlo], porque eso muchas veces interfiere con nuestras actividades...” (CirGralR3M).

“La enseñanza, porque somos más de trabajo nosotros que de enseñanza, no se nos enseña, no se nos apoya en ese aspecto como debería de ser...que los adscritos trabajaran un poco más y que nos enseñaran más por que así nosotros, nosotros podemos dar una buena anestesia en base a los conocimientos que hemos adquirido en estos tres años, pero si a los R1 nada más les enseñamos nosotros, y nosotros les enseñamos algo que este equivocado y nadie se lo corrige así lo va a prender y van a pasar esos tres años con esa idea equivocada...” (AnestR3M).

“Creo yo que para tener una mejor estancia un mejor aprovechamiento, este, clínico, este, médico, quirúrgico, pienso yo que mmm, eso podía influir mucho en cuanto a la actitud de los adscritos asignados al servicio, este, que cambiara un poco en cuanto a que nosotros podamos tener la facilidad o la confianza más bien de acercarnos a ellos y de preguntarles, o plantearles el problema y pedirles su opinión...” (CirGralR4M).

“...si me gustaría que tuviéramos áreas de descanso porque nada más hay un cuarto y hay cuatro camas para todos los residentes de guardia...” (MedintR2M).

“...lámparas en el quirófano, este a veces no hay equipo para hacer el trabajo que tenemos que hacer y tenemos que arreglárnoslas con otro tipo de material que a veces

no es el indicado para hacerlo ¿no? Entonces yo creo que el tener el recurso material mejoraría y nos haría que nuestras actividades fueran menos estresantes” (CirGralR3M).

“Bueno considero yo que debiera haber más personal en las áreas que dije [Se refiere a más residentes de primer año] porque pues ya con eso baja la carga a otras personas que no les corresponde ese trabajo” (CirGralR1H).

...”el personal de enfermería es básico donde quiera y como hay una gran demanda de pacientes pues que hubiera más si, a veces se quedan nada más dos para todas las camillas y pacientes que andan en sillas y pues no, le digo no nos damos abasto...” (UrgMedR1M).

“Poner un urgenciólogo... aparte del urgenciólogo poner un titular de la materia... eee... dejaría, em.... que, los demás especialidades fueran como deberían, como ínter consultantes... o sea mmm... que sea nada más la sala de urgencias, para los residentes de urgencias...” (UrgMedR2H).

Los anteriores fragmentos revelan aquéllas situaciones productoras de estrés laboral que, a juicio de los residentes, sería importante cambiar. Así, puede decirse que el imaginario se orienta a un espacio de trabajo “ideal”, carente de muchas de las fuentes estresoras. Por otro lado, es importante advertir que en dicho imaginario, lo que está en juego es la propia estructura institucional, en virtud de que la supresión de las fuentes de estrés escapa el ámbito de maniobra y de las decisiones de los médicos residentes y se ubica en el ámbito de la propia estructura de funcionamiento, tanto del espacio de trabajo como de la cultura de aprendizaje de las competencias profesionales en la medicina.

## CONCLUSIONES

Las experiencias de estrés en el contexto laboral son producidas por una serie de situaciones ambientales o personales que podemos caracterizar como fuentes de estrés o estresores. En el escenario explorado, estas situaciones son percibidas por los médicos residentes y entonces se inicia la experiencia de estrés. Esa experiencia desencadena toda una serie de vivencias emocionales, al tiempo que se ponen en marcha una serie de procesos para afrontar esas situaciones y/o experiencias de estrés. En función del mayor o menor éxito de ese afrontamiento y control del estrés, se producen determinados resultados y, la mayor o menor duración de los mismos tienen efectos y consecuencias más o menos significativas y duraderas.

Podemos observar que existe una apreciación compartida de la realidad por parte de los residentes. Es decir, existen estresores compartidos por cada uno de los residentes pertenecientes a una misma especialidad, tomando un matiz propio en cada uno de los servicios analizados. Las demandas de cada servicio toman un significado particular, por lo que puede afirmarse que cada uno de ellos tiene una identidad propia. Además, existen estresores de carácter general que son reconocidos por los médicos residentes, independientemente del servicio al que éstos se encuentran adscritos (tales como: relaciones interpersonales establecidas, cadena de mando, entre otros).

El servicio de Cirugía General cobra relevancia en los datos, ya que se ha identificado como aquél en el que tienen lugar un mayor número de fuentes de estrés, seguido de Anestesiología, Urgencias Médicas y por último Medicina Interna.

Asimismo, se aprecian diferencias significativas si el análisis se hace a partir de la variable *años de residencia* (R1, R2, R3 o R4). Hemos encontrado,

por ejemplo, que los residentes de primer año son los más estresados, si se les compara con aquéllos que tienen más años de residencia en el hospital que constituyó nuestro escenario de investigación.

Por otro lado, los datos obtenidos constituyen una clara evidencia de que las fuentes de estrés laboral son diversas. No obstante, observamos que la utilización de estrategias de afrontamiento, derivadas del estrés en la práctica profesional, se dirigen preferentemente al problema, debido a las características de la dinámica laboral, donde se requiere dar soluciones inmediatas a los problemas.

Igualmente, las consecuencias negativas en la salud física y psicológica son diversas. El contexto hospitalario en el que se desenvuelven los médicos residentes -y su dinámica- influye en forma significativa en sus estados de salud. Se identifican problemas gastrointestinales, patrones alterados de sueño, tensión muscular, cambios y variaciones del estado de ánimo, depresión, prevaleciendo el agotamiento físico.

Las experiencias de estrés suelen estar moduladas por una serie de variables ambientales y personales. Así, existen determinadas variables que modulan la relación entre la experiencia subjetiva de estrés y sus resultados. De este modo, la experiencia de estrés tiene resultados menos negativos que los que produce.

Es decir, existen ciertas prácticas que han sido institucionalizadas y que forman parte de la cultura médica, que indican que determinadas formas de ser o actuar son parte natural de la práctica. De ahí que sean concebidas como algo “natural” y que se asuman como pertenecientes a la naturaleza misma del “ser” y el “hacer” de tales prácticas, especialmente las referidas a las jornadas intensas de trabajo, a las jerarquías y al proceso de enseñanza aprendizaje. Por lo tanto, puede decirse que el efecto de naturalización opera como *modulador*.

Además, un elemento importante a resaltar está relacionado con la categoría que hemos denominado imaginario, referida a las representaciones que los residentes tienen sobre la realidad que viven en la institución hospitalaria. En particular, son significativas aquellas que tienen que ver con el “deber ser” de la dinámica laboral. Es decir, a la forma en que, a su juicio, debería funcionar la institución. Lo interesante es advertir que las referencias del imaginario guardan una estrecha relación con aquéllas consideradas en la categoría *fuentes de estrés*. Es decir, la mayoría de las subcategorías y expresiones encontradas en esta última aparecen de nuevo en el imaginario de los residentes cuando éstos apelan al “deber ser” del espacio de trabajo. Con esto queremos decir que aquello que se refiere como fuente de estrés se visualiza, asimismo, como elemento (o condición) de cambio. En otras palabras, los médicos residentes visualizan la necesidad de cambiar todo aquello (o parte) que les produce estrés, cuando se refieren al “deber ser” de la institución.

Estos cambios son planteados por los residentes en función de los acontecimientos internos de la institución, mismos que deben considerarse por las autoridades hospitalarias y por aquellas instituciones que rigen el funcionamiento académico de los médicos residentes.

Un proceso de cambio ocurre de forma muy eficiente si todos están comprometidos con él, lo que exige una nueva postura ante los acontecimientos que debilitan el buen funcionamiento en los servicios ofrecidos. No obstante, entre las evidencias de la investigación realizada, los residentes son quienes viven el problema y son ellos mismos quienes tienen que dar solución a dichos problemas.

En nuestra opinión, y de acuerdo a las evidencias encontradas, la institución de salud no está diseñada ni estructurada para promover e impulsar el autocuidado de los médicos residentes, analizar lo que ocurre en su interior con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo cobra importancia, en primer lugar, por las circunstancias laborales concretas que

afectan la salud del personal y, en segundo término, porque el estado de salud de los profesionales de la medicina es un aspecto que influye a favor de los errores médicos y contra la posibilidad de otorgar una atención médica de buena calidad.

Por otro lado, puede afirmarse que los profesionales de la medicina constituyen un colectivo especialmente vulnerable a los factores de riesgo psicosocial. Ello afecta la propia calidad de vida del profesional y, por ende, su entorno más próximo (no sólo laboral, sino familiar y personal) teniendo importantes consecuencias en su desempeño profesional.

De acuerdo a las características del entorno en que desempeñan su trabajo, los médicos residentes tienen más probabilidades de tratar a sus pacientes de modo inadecuado, tanto médica como psicológicamente, y presentan mayor propensión a realizar errores de juicio, por lo que dichas características pueden constituir un impedimento para el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad. Ello en virtud de que es precisamente en los residentes, en quienes recae gran parte de la carga cotidiana de trabajo en el medio hospitalario y, aunque sus decisiones tienen el soporte y respaldo de los médicos adscritos, éstas seguramente serían más acertadas si se atenuaran algunas de las fuentes de estrés, sobre todo aquéllas que se derivan de la propia estructura institucional.

## BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, A., Gallardo, J.L. 2000. El pase de visita docente asistencial. Ciencias Médicas de la Habana. 6 (2): 20-22.

Appley, M. H., Trumbull, R. 1967. On the concept of psychological stress. En M. H. Appley y R. Trumbull (eds.) Psychological Stress. New York: Appleton Century Crofts.

Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, L., Aldrete, M., Pérez, B. 2004. Síndrome Burnout en Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México. 31 (2) 25-32.

Arenas, J.O. 2006. Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. Cirujano General. 28 (2) 103-109.

Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R., Bonilla, P. 2004. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Salud Pública de México. 46 (4) 326-332.

Becoña, E., Vázquez, F.L. 2000. Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. Psicología de la salud. p.11-52. México, D.F.

Bernard, C., 1867, Rapport sur les progrès des lettres et des sciences en France, París: Imprimerie Impériales.

Brady, J.V. 1958. Ulcers in executive monkeys. Scientific American. 199:89-95

Cannon, W.B. 1932. The Wisdom of the Body. Norton, New York

Chacón, R.M., Grau, A.J., Guerra, M.E., Massip, P.C. 2006. Afrontamiento y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. Psicología y Salud, 16(2):115-128

D' Anello, S., Marcano, E., Guerra, J.C. 2003. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del hospital universitario de los andes. Mérida. Venezuela. Facultad de Medicina. 9 (4): 4-9

Escriba-Aguir, V., Bernabé-Muñoz, Y. 2002a. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensas en médicos especialistas de la comunidad de Valencia. *Salud Pública*. 76 (5): 595-604

Escriba-Aguir, V., Bernabé-Muñoz, Y. 2002b. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*. 16 (6): 487-496

Flick, U. 2002. *An introduction to qualitative research*. 1<sup>st</sup> ed. London.

Gil-Monte, P., Peiró, J. M. 1997. *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Síntesis psicología, España.

Gues, G. 2006. ¿How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods* (18) 1.59-82

Guillen, M. 2005. *Reconfiguración productiva, crecimiento urbano e identidades: representaciones sociales de los pobres en la periferia urbana de una ciudad del norte de México*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.

Hernández, C.G., González, G.V.M., Fernández, M., Infante, P.O. 2002. Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 18(1):22-32

Isikhan, V; Comez, T., Danis, M. 2004. Job stress and coping strategies in health care professionals with cancer patients. *Journal Eur J Oncol Nurs*. 8 (3):234-44

Ivancevich, J., Matteson, M. 1989. *Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial*. Trillas. México.

Kahn, R. L., Byosiére, Ph. 1991. *Stress in Organizations*. En M. D. Dunnette y L. M. Hough (eds.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 2<sup>a</sup> ed.(vol. 1, pp. 571-650). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press.

Laudau, G., Hall, S., Wartman, S., Macko, M. 1986. Stress in social and family relationships during medical residency. *Journal of Medical Education*, 61:654-660

Lazarus, R., 1990. Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry*.1(1):3-13

- Lazarus, R., Folkman, S. 1991. Estrés y procesos cognitivos 3ra ed. Martínez Roca, México.
- Lazarus, R., Folkman, S. 1984. Stress, Appraisal and Doping. Capítulo 5 y 6. Ed. Springer Publishing Company. Pp 117-178
- Lipowsky, Z. J. 1975. Physical illness, the patient, and his environment: psychosocial foundations in medicine. En M. F. Reiser (ed.) Organic Disorders and Psychosomatic Medicine, v. 4. American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Book.
- Maslach, C., Jackson, SE., Leiter, M. 1996. Maslach Burnout Inventory. manual, 3ra. Ed. Palo Alto (ca): Consulting Psychology press.
- Mayan, M. 2001. Una introducción a los métodos cualitativos. Edmonton: IIQM
- McCrae, R.R. 1984. Situational determinants of coping responses: Loss, Threat, and Challenge. Journal of Personality and Social Psychology, (46):919-928
- McLean, A. 1974. Occupational Stress. Springfield, IL: Thomas.
- McLellan, E. 2003. Beyond the qualitative Interview: Data Preparation and transcription. Field methods (15) 1.63-84
- Menéndez, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y saúde colectiva 8 (1) 184-207
- Montiel, M, Urquidi, L. y Castañeda, P. 1996. *Análisis Psicométrico de la Escala de Afrontamiento de Beckham y Adams*, La Psicología Social en México Vol. VI, 45-50
- Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas. 1994. <http://www.salud.gob.mx> (Revisado noviembre 2005).
- Pearlin, L.I., y Shooler, C. 1978. The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, (19):2-21
- Plan Único de Especializaciones Médicas. 2004. Facultad de Medicina UNAM <http://www.facmed.unam.mx> (Revisado noviembre 2005).
- Sells, S. B. 1970. On the nature of stress. En J. E. McGrath (ed.) Social and Psychological Factors in Stress. New York: Holt Rinehart y Winston.
- Selye, H. 1976. The stress of life (rev. Ed.). McGraw-Hill, Nueva York.

- Selye, H. 1974. Stress without distress. Lippincott, Filadelfia.
- Sigmund, F. 1985. Obras completas de Freud : una teoría sexual (López, B.L. trads). México: Editorial Iztaccihuatl (trabajo original publicado en 1910).
- Sonneck, G., Wagner R., 1996. Suicide and burnout of physicians. Omega. P.p 255-66
- Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J. F. 2005. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 12(1) 8-16.
- Oblitas, L., Becoña, E. 2000. Psicología de la salud. Plaza y Valdés, México.
- Organización Internacional del Trabajo 2001. Enciclopedia de la salud y seguridad en el trabajo, Centros y servicios de asistencia sanitaria. [www.ilo.org/public/spanish/protection/index.htm](http://www.ilo.org/public/spanish/protection/index.htm). (Revisado, noviembre, 2005)
- Ortiz, O.Q. 1997. El trabajo del médico, JGH. México, D.F.
- Pérez, M. 1990. Stress vida o muerte: Cómo controlarlo. Carisma ediciones, México.
- Peiró, J.M. 2004. Gestión del cambio en organizaciones en proceso de mejora continua. Siglo Cero, 35 (1), 5-17
- Peiró, J.M. 2003. Metodología prevenlab para el análisis y prevención de riesgos psicosociales. Capital Humano, 167, 82-90
- Peiró, J.M., Zurriaga, R., Gonzalez-Romá, V. 2002. Análisis y Diagnóstico de las Situaciones y Experiencias de Estrés Colectivo en las Unidades de Trabajo y en las Organizaciones de Servicios Sociales. Prevención, Trabajo y Salud, (20), pp. 11-20
- Peiró, J.M. 1999. Desencadenantes del estrés laboral. Pirámide, España.
- Peiró, J.M. Prieto, F. 1996. Tratado de psicología del trabajo. Síntesis psicológica, España.
- Peiró, J.M., Ramos, J. 1994 Intervención Psicosocial en las Organizaciones. Barcelona, PPU.

Pereira, M. 2004. Estrés y salud. En Oblitas. L., Psicología de la salud y calidad de vida en España: Thomson. P.p 223-224

Ponce de León, O., 1997.El médico enfermo; Análisis sociológico del conflicto de roles. CIS, Madrid.

Robbins, S. 1999. Comportamiento Organizacional. 8a ed. Prentice Hall. México.

Rubín, R. Orris, P. Lau, SL.1991. Neurobehavioral effects of the on-call experience in housestaff physicians. J occup Med 33:13-18

Urquidi, L. 2004. Estrés y salud en académicos. Tesis de doctorado interinstitucionalista en educación, Universidad de Aguascalientes.

Valles, M. 2000. Técnicas cualitativas de investigación social: una reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis. Madrid.

Valenzuela, B., Ortiz, M. 2004 Análisis de Puestos de Trabajo. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora.

Valko, R., Clayton, P., 1975. Depression in the internships. Dis Nerv Syst 36:26-29

Vera, N.J.A. y Laborín, A.J.F. 2000. Género y Control: Conceptualización y Teorización Etnopsicológica en el Noroeste de México. Informe técnico del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (DDR-DHBS-002/00).

Zonta, R., Couto, R.A.C. y Grosseman, S. 2006. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Revista Brasileira de Educacao Médica. 30(3):147:153

# **ANEXOS**

