

Validación de una lista de chequeo de estresores con intensidad para médicos residentes

Validation of the stress severity check list for medical residents

ARELI RESÉNDIZ RODRÍGUEZ¹ E ISABEL REYES LAGUNES²

RESUMEN

Desde el inicio de la carrera el médico se ve involucrado en fuentes de estrés que influyen en su calidad de vida y en la atención que brindan al paciente. Esto conduce a enfermedades físicas o a realizar conductas de riesgo. Los residentes son los que muestran niveles mayores de estrés, siendo los anestesiólogos una de las especialidades vulnerables a padecerlo. El propósito del estudio fue construir y validar una lista de chequeo con intensidad en médicos residentes de anestesiología. Se llevó a cabo con tres grupos focales integrados por 24 anestesiólogos y se aplicó el instrumento a 391 residentes de anestesiología. La lista de chequeo con intensidad finalmente se compone de 37 reactivos con adecuados índices de discriminación, dimensionalidad y confiabilidad. Se concluye que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para medir estrés en médicos residentes y la intensidad ayudará a jerarquizar las áreas de incidencia para poder realizar intervenciones psicológicas.

Palabras clave: médicos, residentes, anestesiólogos, estrés, instrumento.

1 Mtra. Alumna de doctorado de la Facultad de Psicología, UNAM. Facultad de Psicología: Av. Universidad 3004. Edificio D, Mezanine, cubículo 10. Col. Universidad. Delegación Coyoacán, México, Distrito Federal. CP 04510. Tel/ Fax: 56-22-23-23. Email: areli.resendiz@comunidad.unam.mx

2 Dra. en Psic. Profesora Emérita de la Facultad de Psicología, UNAM. Facultad de Psicología: Av. Universidad 3004. Edificio D, Mezanine, cubículo 10. Col. Universidad. Delegación Coyoacán, México, Distrito Federal. CP 04510. Tel/ Fax: 56-22-23-23. Email: lisabel@unam.mx

SUMMARY

Since the beginning of their medical career, physicians have sources of stress that affect their quality of life and attention given to the patient. This leads to physical illness or performing risky behaviors. Anesthesiology residents are showing higher levels of stress, indicating that they are a specialty at risk. The aim of this study was to construct and validate a checklist of different types of stress and their respective severity in anesthesiologists. This study consisted of 3 focus groups composed of 24 anesthesiologists, and consequently a mass application of the instrument to 391 anesthesiology residents. The checklist has 37 items with acceptable discrimination, dimensionality and reliability. In conclusion the instrument has acceptable psychometric properties to measure stress in physicians (especially residents). In addition, the inclusion of different types of stress and their severity helps determine what specific areas to carry out psychological interventions.

Keywords: physicians, residents, anesthesiologists, stress, instrument.

INTRODUCCIÓN

El estrés es un concepto sumamente utilizado dentro del ámbito de los psicólogos, psiquiatras, médicos, sociólogos y la población en general. Sin lugar a duda es un término que se utiliza ante situaciones muy distintas y cuyo significado está plagado de ambigüedad; sin embargo, el interés por este constructo psicológico radica en el impacto que éste tiene en la vida diaria y ha sido el eje de múltiples investigaciones psicológicas (Cohen, Kessler & Underwood, 1997; Lazarus, 2000; Reynoso & Seligson, 2005).

En términos médicos, el estrés es tratado como un juego de relaciones psicológicas y fisiológicas ante agentes nocivos como lo propuso, en 1932, Walter Cannon, quien, ampliando la idea de

Bernard, consideró al estrés como una perturbación de la “homeostasis”, la cual se define como la tendencia de los organismos a recuperar el equilibrio una vez que éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno (Barrientos, 1992; Cárdenas, 2001; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1991).

Una propuesta que retoma la idea de Cannon es la del modelo del Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual expresa que, cualquier estímulo externo o interno es potencial para provocar estrés, manifestándose una serie de respuestas; es decir, es la respuesta del organismo a algo perdido o a un desequilibrio al que se debe enfrentar (Selye, 1976).

A partir de estos estudios iniciales han existido diversas posturas teóricas acerca del estrés encontrándose las: biológicas, psicológicas/cognoscitivas, ambientales e interaccionistas las cuales se han desarrollado hasta nuestros días. Cada una de estas teorías postula las diversas manifestaciones o efectos que se presentan al estar sometidos a estresores, siendo cuatro las principales: fisiológicas, cognoscitivas (problemas de atención, memoria, concentración, etc.); afectivas (ansiedad, depresión, hostilidad, rabia, baja autoestima, etc.) y conductuales (fallas en el habla, pérdida de energía, problemas de sueño, etc.) las cuales llegan a alterar la vida funcional de los individuos (Evans & Cohen, 1987; Goodrick, Kneuper & Steinbauer, 2005; Kaplan, 1992; Steptoe, 1990; Stewart, Ahmad, Cheung, Bergman & Dell, 2000; Vincent, 1983).

Sin embargo, para que llegue a alterar la funcionalidad se deberá tener en cuenta, la manera en que los individuos evalúan un posible daño potencial. El proceso que determina por qué y hasta qué punto una o varias relaciones entre el individuo y el entorno son estresantes se le llama Evaluación Cognoscitiva (EC) y juega un papel importante ya que, si el individuo quiere sobrevivir necesita distinguir entre situaciones favorables y peligrosas, lo cual puede ser difícil y depende de poseer un sistema cognoscitivo eficiente (Reynoso & Seligson, 2005).

Además de la EC, se debe considerar que el estrés es una fuerza que condiciona el umbral de tolerancia de la persona, ya que, niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés; toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente, no sólo ante sus propias necesidades o expectativas, sino de igual forma a las exigencias del entorno (Oblitas, 2005).

En cuanto a la relación de estrés y formación académica se ha observado que, desde los grados preescolares hasta la educación universitaria, cuando un individuo está inmerso en un periodo de aprendizaje, experimenta tensión, ansiedad y estrés. Esto se ve en una de las carreras más demandantes: medicina, específicamente, los médicos residentes (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli & Usandivaras, 2007; Fouilloux, 2002; Volkow, De la Fuente, Gómez-Mont & Cuevas, 1982); ya que, desde el ingreso hay una gran cantidad de aspirantes, pocos lugares, existe un incremento en la carga de trabajo asistencial, presentan largas jornadas de trabajo y un ambiente laboral degradado. Esto es aceptado por los alumnos de manera irrefutable, jerárquica y bajo la ideología de ser el mejor método tradicional de aprendizaje médico, dejando al personal de salud vulnerable al estrés (Arenas, 2006; Viniegra, 2005).

Estos profesionales trabajan en situaciones de desgaste constante, entre ellos, el estrés del paciente y la familia, con sus colegas y personal técnico y con la organización hospitalaria. Durante el desempeño de su actividad profesional se ven expuestos a tratar enfermedades y traumatismos severos, lo cual añade otra dosis de presiones que pueden exacerbarse debido a que se espera que permanezcan fríos, controlados y calmados y que sean objetivos en su desempeño, mostrando a la vez compromiso e involucración emocional en su papel; es decir, no les es permitido mostrar signos de estrés. Además, en los profesionales especializados se evalúan sus habilidades y competencias constantemente, ya que las consecuencias de sus acciones son visibles y las repercusiones de sus errores son enormes en términos de la salud y vida de los pacientes, así como en los familiares involucrados. De aquí que, la responsabilidad asumida para con los pacientes sea una de las más importantes fuentes de estrés debido a que la presión del trabajo que soporta deteriora la calidad de la asistencia que presta y puede inducir a cometer errores médicos (Mingote & Gálvez, 2007; Molina, García, Alonso & Cecilia, 2003).

Durante la residencia, el estrés puede producir efectos positivos como tolerancia, autoconfianza, madurez, adquisición de conocimientos y habilidades (Levey, 2001); sin embargo, niveles elevados pueden producir efectos adversos como

imposibilitar al residente para cuidar de sí mismo o de otros (pacientes), padecer trastornos emocionales y/o abuso de sustancias (Bennett & O'Donovan, 2001; Kahn & Addison, 1992; Skipper, Fletcher & Rocha Judd, 2004).

Dentro de los médicos residentes existen aquellos que presentan mayor vulnerabilidad ante estas exigencias o factores estresantes. Se ha investigado que las especialidades con mayor riesgo en el abuso de sustancias son Psiquiatría, Anestesiología, Emergencias y Enfermeras en servicios con niveles de estrés elevados (Bennett & O'Donovan, 2001).

De igual forma se observa que, dependiendo de la posición ocupada en los distintos niveles jerárquicos o diversas funciones hospitalarias, ciertos estresores son percibidos diferencialmente como significativos; por ejemplo, es sabido que si el estrés no es manejado convenientemente pueden aumentar también sus niveles de una manera severa a medida en que aumentan las responsabilidades (Sutherland & Cooper, 1990).

En el caso de los residentes, las jerarquías se ven por el año en el que se encuentran y, el número de años depende de la especialidad en la que estén, siendo la mayor de 6 años, llegando así a tener desde el residente de primer año (R1) hasta el que va en el sexto (R6). En cuanto a las manifestaciones del estrés, existe un incremento entre el

segundo (R2) y cuarto año (R4) de experiencia laboral en el ámbito médico asistencial; mientras que, otras investigaciones reportan que el primer año (R1) es el más estresante (Mingote & Gálvez, 2007); siendo más evidentes en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología y Psiquiatría (Arenas, 2006).

En cuanto a la incidencia en el suicidio y la especialidad se han encontrado mayores índices en Psiquiatría, Oftalmología y Anestesiología y los más bajos se presentaron en Cirugía, Pediatría, Radiología y Patología (Waring, 1974), siendo mayor en mujeres residentes que en hombres (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin & Deeks 2001).

Estas investigaciones muestran que las residencias más vulnerables a padecer trastornos emocionales, especialmente el estrés, son Anestesiología y Psiquiatría. (Arenas, 2006; Fouilloux, 2002). Será necesario realizar intervenciones psicológicas en estas poblaciones para mejorar la calidad de vida del residente y la calidad en la atención que brindan a los pacientes; sin embargo, para ello será importante conocer las necesidades específicas de la población, en este caso los médicos residentes, y poder contar con instrumentos adecuados para tal fin.

El tener instrumentos que midan estrés va a depender de la conceptualización y definición del término; además de: determinar la postura de la que se

parta; conocer otras variables involucradas en el proceso del estrés; la diversidad de los eventos (cataclísmicos o cotidianos); duración del evento estresor (agudo o crónico); el enfoque del que se parta pero, principalmente, está en función de los intereses del investigador. Sin embargo, diversas investigaciones que han tratado de medir el estrés llegan a las mismas conclusiones después de un arduo trabajo: el estrés es un concepto subjetivo más que un fenómeno objetivo (A. Baum, Singer & C. Baum, 1981; Lazarus, 1990; Leibovich & Schmidt, 2004).

Existen diversos instrumentos que evalúan el estrés en los individuos inmersos en diversos contextos (salud y laboral principalmente). En el ámbito hospitalario, en México, se han realizado diversas investigaciones con instrumentos que miden síntomas de estrés, ansiedad o tensión (Reynoso & Seligson, 2005); sin embargo, aquellos traducidos al lenguaje español, con validez y confiabilidad son argentinos o españoles; es decir, no son culturalmente relevantes a la población mexicana (Leibovich & Schmidt, 2004) y mucho menos a la población de médicos residentes, los cuales ya se ha visto que muestran niveles elevados de estrés. Se ha observado que los residentes que muestran mayor vulnerabilidad a este padecimiento son los residentes de psiquiatría y anestesiología; en el caso de los anestesiólogos, se tuvo acceso

directo a los médicos residentes, por lo que se optó por trabajar con esta población. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue construir y validar un instrumento culturalmente relevante que mida el estrés y su intensidad en médicos residentes de anestesiología.

MÉTODO

Participantes

Grupos Focales: participaron 24 médicos residentes de la especialidad de anestesiología en 3 grupos focales (Tabla 1), 16 mujeres (66.6%) y 8 hombres (33.3%) de tres hospitales de tercer nivel de la ciudad de México y en un rango de edades entre los 25 y 30 años con una media de 27.46 (D.E.=1.56 años) y con una moda de 27 años.

El instrumento creado, con base a la información previamente recabada de los grupos focales, se aplicó a 391

médicos residentes de la especialidad de anestesiología a nivel nacional y que aceptaron voluntaria e informadamente formar parte de la investigación. De la muestra total, 235 (60%) eran mujeres y 150 (39%) eran hombres; 6 (1%) no contestaron. Las edades oscilan entre 24 y 39 años con una media de 28.62 (D.E.=2.38 años) y una moda de 28. En cuanto al año de residencia 132 (33.8%) son R1, 143 (37.3%) son R2 mientras que el 28.9% (113) son R3. Las sedes hospitalarias fueron, en su mayoría, centralizadas en el DF y Estado de México (88.6%), mientras que el 11.4% fueron sedes del interior de la república.

Instrumento

La lista de chequeo de estresores con intensidad consta de 37 reactivos que se construyeron a partir de la literatura y de los grupos focales, dichos reactivos evalúan los estreso-

Tabla 1. Descripción de los Grupos Focales

	GRUPO FOCAL 1	GRUPO FOCAL 2	GRUPO FOCAL 3
	8 residentes: 6 mujeres y 2 hombres	7 Residentes 6 mujeres y 1 hombre	9 Residentes 4 mujeres y 5 hombres
JERARQUÍA	R1: 2 R2: 3 R3: 3	R1: 1 R2: 3 R3: 3	R1: 3 R2: 3 R3: 3
DURACION	36 mins. 22 seg.	53 mins. 36 seg	50 mins. 15 seg.

res a los que se enfrentan los médicos residentes de la especialidad de anestesiología. La lista de chequeo de estresores con intensidad tiene un tipo de respuesta dicotómica (presencia o ausencia), después de lo cual, deberán puntuar del 1 al 10 la intensidad con que les afecta, donde 1 es ligeramente y 10 es totalmente. Cada uno de los reactivos hace mención a un estresor, que representan 8 categorías: laboral, académico, personal, comunicación, insatisfacción profesional, enfermedades físicas, problemas de sueño y conductas de riesgo. En el caso de la intensidad se agrupan en 5 factores: ejercicio profesional (Media=3.18, $\alpha=.83$), manifestaciones depresivas (Media=0.91, $\alpha=.76$), vida social (Media= 2.43, $\alpha=.79$), estrés de la residencia (Media=3.06, $\alpha=.80$) y problemas físicos (Media. 4.26, $\alpha=.75$).

Procedimiento

Con la técnica de Entrevistas con Grupos Focales (Vaugh, Shay & Sinagub, 1999), se exploró de manera más profunda lo que los médicos residentes reportan como problemas o exigencias al estar realizando la especialidad en Anestesiología.

Se seleccionó previamente un moderador con quien se revisó la guía semiestructurada para llevar a cabo la sesión.

Los médicos participaron en la sesión sin un orden específico, dialo-

gando libremente aclarando que no hablarían todos al mismo tiempo, no se distrajeran o interrumpieran mientras la sesión estuviera en curso. Todo esto antes de iniciar sesión. Se decidió que la sesión había terminado cuando se cubrieron las preguntas de la guía y cuyo contenido llegó al punto de saturación (cuando se obtenían respuestas repetitivas) en los diferentes grupos focales.

Del análisis de contenido obtenido en los grupos focales se comparó con lo visto en la literatura y se realizaron los reactivos de la lista de chequeo.

Posteriormente, se aplicó el instrumento en el auditorio “Raoul Fournier Villada” de la Facultad de Medicina de la UNAM los fines de semana de noviembre y diciembre del 2009.

Se enfatizó la confidencialidad y ética de los datos proporcionados, resaltando que los resultados del instrumento no afectarían su calificación o desempeño académico. Se proporcionaron los datos del investigador y por medio de una clave individual puesta en el instrumento (ya que se omitió nombre de los participantes) podían pedir sus resultados mandando un e-mail al investigador. Finalmente, se les agradeció su participación.

RESULTADOS

Se transcribieron las entrevistas realizadas de los tres grupos focales

y se grabaron y guardaron en formato RTF para poder anexarlas al programa ATLAS.ti 5.0 y formar las unidades hermenéuticas con las cuales se generaron códigos.

Los códigos encontrados se etiquetaron en las siguientes categorías finales (Tabla 2), con sus respectivos ejemplos de lo expuesto por los residentes dentro de los grupos focales.

Tabla 2. Códigos y citas de estresores percibidos por los médicos anesthesiólogos durante la residencia.

CODIGOS	EJEMPLOS DE CITAS
INSATISFACCIÓN PROFESIONAL	"No estoy seguro de mi carrera, me pregunto al despertar si me equivoqué de carrera, no era lo que yo creía, me tengo que aguantar aunque no me guste, los pacientes no te dan las gracias solo al cirujano...".
PROBLEMAS DE SUEÑO	"No duermo bien, me levanto a mitad de la noche, de guardia estás en vela, en la revisión me quedo dormida...".
CONDUCTAS DE RIESGO	"Fumo todo el tiempo, ves a los demás con la botella, te catalogan como la alcohólica, me tomo algo para despertar, no podemos vivir sin coca (refresco)...".
LABORAL	"De ti depende toda la cirugía, eres responsable de si vive o muere, tienes que estar al 100, si se muere es tú culpa, hay que estar al pendiente de las demandas, no encuentras cama para sacar al paciente, en las urgencias hay que resolver efectiva y rápidamente...".
ACADÉMICO	"Es demasiado lo que hay que leer, tienes que saber mucho y a la primera...".
COMUNICACIÓN	"Hay que hablar con el paciente y luego no entiende, los familiares se ponen muy difíciles, no encuentras a quién preguntar y si hay problemas se pone feo, las enfermeras no te apoyan por más que les digas...".
PERSONAL	"No te da tiempo de hacer ejercicio, no tienes novio, tu familia ya ni te reconoce, no quieres salir solamente dormir, los hijos no te reconocen...".
ENFERMEDADES FÍSICAS	"Tenemos dolor de cabeza constante, te duele el estómago, no sabes qué enfermedades pescarás, se te empieza a caer el pelo...".

Con base en la revisión de la literatura, se identificaron 24 reactivos que miden el estrés y que afectan a los residentes independientemente de la especialidad a la que pertenezcan. De éstos, se detectaron reactivos que miden dos elementos a la vez, por lo que para su estudio se dividieron, con lo cual quedaron 26. Con el análisis de contenido que se realizó de los grupos focales se corroboran los 26 reactivos reportados previamente. Adicionalmente, de los grupos focales, también se obtuvieron 11 estresores específicos reportados por los residentes de anestesiología, obteniendo un total de 37 reactivos, los cuales evalúan 8 categorías. Los 37 reactivos fueron colocados de manera aleatoria.

Una vez aplicados los instrumentos y capturados los datos se realizó el tratamiento estadístico propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008): análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para cada reactivo, discriminación y direccionalidad. A través de la χ^2 se observó que todos los reactivos fueron significativos. Para conocer la estructura interna del instrumento se realizó un análisis de conglomerados a través del método jerárquico donde se observan dos conglomerados principales que se dividen de la siguiente manera: conductas de riesgo, insatisfacción profesional y académico se agrupan en un conglomerado; mientras que, laboral, enfermedades físicas, problemas per-

sonales, escasez de recursos e incentivos y problemas de comunicación se agrupan en otro conglomerado.

Para conocer los niveles de confiabilidad y el número de dimensiones en las que se compone la lista de chequeo, se realizó un Escalograma de Guttman por medio de la técnica Goodenough (Edwards, 1983), el cual calcula el índice de reproducibilidad (grado de precisión con el que se pueden reproducir las respuestas) en instrumentos de contestación dicotómica. Dicho análisis estadístico arrojó 8 dimensiones o categorías en las que se agrupan los reactivos, además del índice de reproducibilidad (Tabla 3), para cada una de las dimensiones.

Las categorías académico y problemas de sueño obtuvieron índices de reproducibilidad moderados; mientras que las demás categorías muestran índices altos.

En el caso de la variable intensidad del estrés, se quiso conocer la estructura del instrumento por medio de un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal; además de, análisis de confiabilidad interna Alpha de Cronbach por factor y para la escala completa. Este análisis arrojó 6 factores y dos dimensiones, que explican el 57.25% de la varianza con una confiabilidad de 0.936. Al revisar la confiabilidad por factores se observó que el sexto presentaba una confiabilidad de 0.68 y al quitar el reactivo 9

Tabla 3. Coeficiente de reproducibilidad de Goodenough por categorías

CATEGORÍA	COEFICIENTE DE REPRODUCIBILIDAD
PROBLEMAS PERSONALES	.92
CONDUCTAS DE RIESGO	.91
ENFERMEDADES FÍSICAS	.90
COMUNICACIÓN	.86
INSATISFACCIÓN PROFESIONAL	.83
LABORAL	.81
ACADÉMICO	.75
PROBLEMAS DE SUEÑO	.71

subió a 0.73; sin embargo, al eliminar dicho reactivo, quedaron finalmente 5 factores y 4 indicadores, que explican el 52.27% de la varianza (Tabla 4). Ade-

más se obtuvieron las medias y desviaciones estándar (Tabla 5) de dichos factores. Se observa que todas las medias son menores a la media teórica.

Tabla 4. Análisis factorial de la lista de chequeo de estresores con intensidad

Factor 1 EJERCICIO PROFESIONAL Valor propio: 11.71 Varianza explicada: 32.67% α : 0.83	Peso Factorial
Ser demandado por mala practica	.70
Pensar en la posibilidad de ser demandado	.69
Cometer errores	.68
Sobrecarga académica	.61
Situaciones de urgencia	.60
Tratar con pacientes difíciles	.56
Sobrecarga laboral	.54
Problemas de sueño	.49
Lidiar con enfado de familiares de pacientes	.45

Tabla 5. Medias y Desviaciones estándar de los factores finales

<p align="center">Factor 2 MANIFESTACIONES DEPRESIVAS Valor propio: 2.24 Varianza explicada: 6.07% α: 0.76</p>		Peso Factorial
Intentos suicidas		.84
Pensamientos suicidas		.77
Que se me antoje tomar bebidas alcohólicas en el trabajo		.68
Incertidumbre en la práctica médica		.64
<p align="center">Factor 3 VIDA SOCIAL Valor propio: 1.88 Varianza explicada: 5.10% α: 0.79</p>		Peso Factorial
Problemas con la pareja		.69
Problemas familiares		.68
Interferencia del trabajo con la vida familiar		.63
Mala comunicación con adscritos o jefes		.61
Disminución del interés por actividades cotidianas		.43
Disminución del placer		.40
<p align="center">Factor 4 ESTRÉS DE LA RESIDENCIA Valor propio: 1.81 Varianza explicada: 4.91% α: 0.80</p>		Peso Factorial
No contar con incentivos		.77
Escasez de personal de apoyo		.68
Sentirme poco remunerado		.68
Escasez de recursos		.67
<p align="center">Factor 5 PROBLEMAS FISICOS Valor propio: 1.28 Varianza explicada: 3.48% α: 0.75</p>		Peso Factorial
Dolor de espalda		.79
Dolor de piernas/pies		.74
Enfermedades físicas		.68

DISCUSIÓN

Las diversas investigaciones muestran la existencia de estrés en médicos

a lo largo de su carrera; sin embargo, no se saben las fuentes de estrés y no existen instrumentos que sean capaces de definirlos en esta población (Aran-

da, Pando, Salazar, Torres, Aldrete & Pérez, 2005; Bruce, Conaglen & Conaglen, 2005; Palmer, Prince & Searcy, 2007). Es por ello que, este instrumento es una primera aproximación al estudio del estrés en residentes, el cual pretende delimitar el número de estresores a los más reportados por ellos mismos, ya que de lo contrario sería trabajar con un número interminable de reactivos; además de, poder identificar en qué áreas habría que incidir para dotar al médico residente de herramientas para enfrentarse a las situaciones problemáticas durante su especialidad y que al terminar sus estudios y salir al campo laboral sean capaces de llevar una vida laboral y personal equilibrada.

La lista de chequeo de estresores con intensidad se basó en lo reportado en la literatura y en los grupos focales, quedando finalmente conformada por 8 categorías divididas en 37 reactivos con adecuados niveles de validez y confiabilidad, dichas categorías se reducen a 5 factores al momento de utilizar la variable intensidad. Los reactivos se identificaron en la literatura, se corroboraron y categorizaron con los grupos focales, con el análisis de conglomerados, el análisis de Goodenough y análisis factorial. Se observa que, en este caso, son más específicas que las reportadas en otras investigaciones, por lo que son una gran aportación al estudio del estrés en esta población (Resident Service Committee of the Association of

Program Directors in Internal Medicine, 1988). Cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para medir estrés en médicos residentes mexicanos; es decir, es culturalmente relevante. Además, al medir la intensidad con que afecta dicho estresor, ayudará a realizar intervenciones psicológicas dirigidas a los puntos de mayor incidencia y mejorar el impacto en la calidad de vida del médico y en la atención que este le da a sus pacientes y familiares. En el caso específico de los residentes de anestesiología y la variable intensidad del estrés se observó que las manifestaciones físicas son las que más intensidad muestran (sin que estas rebasen la media teórica) lo cual ya nos indica las áreas de incidencia en las que habrá que enfocar alguna intervención psicológica que impacte en los aspectos físicos de los médicos durante su especialidad.

Es importante poder contar con instrumentos adecuados para poder medir de manera rápida y eficaz los niveles de estrés en los médicos residentes. En el caso de la lista de chequeo se cubren estos puntos ya que es de aplicación rápida y puede ser autoadministrado, lo cual da la posibilidad de aplicarse a una gran cantidad de población en corto tiempo. Al ser el tiempo muy importante para esta población y tener un instrumento conciso y de fácil comprensión, aumenta la probabilidad de que acepten contestarlo, mejorando la calidad de la intervención psicológica a desarrollar.

Se trabajó con médicos residentes de anestesiología por ser una de las poblaciones más vulnerables a los estresores propios de la vida laboral y académica de un especialista en proceso; sin embargo, sería importante conocer si estos estresores están presentes en

otras especialidades; o bien, si existen diferencias por años, sexo o sedes hospitalarias. De igual forma, sería conveniente diseñar y aplicar alguna intervención en esta población para poder manejar adecuadamente, reducir e incluso eliminar dichas fuentes de estrés.

REFERENCIAS

- Aranda C., Pando M., Salazar J., Torres T., Aldrete G., & Pérez M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2), 1 – 11.
- Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. *Cirujano General. Revista del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”*, 28(2), 103 – 109.
- Barrientos, G. (1992). Reseña histórica de la Psicología del estrés y los estilos de confrontación: Contribuciones teóricas y aspectos transculturales. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 49 – 69.
- Baum, A., Singer, J., & Baum, C. (1981). Stress and the Environment. *Journal of Social Issues*, 37(1), 4 – 35.
- Bennett, J., & O’Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 195 – 199.
- Bruce, S., Conaglen, H., & Conaglen, J. (2005). Burnout in physicians: a case for peer-support. *Internal Medicine Journal*, 35, 272 – 278.
- Cárdenas, K. (2001). *Evaluación psicofisiológica del estrés en el paciente asmático*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(3), 236 – 240.
- Cohen, S., Kessler, R., & Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen., R. Kessler y L. Underwood (Eds.), *Measuring Stress. A guide for health and social scientist* (pp. 3 – 26). New York: Oxford University Press.

- Edwards, A. (1983). *Techniques of attitude scale construction* (pp. 172 – 200). New York: Irvington Publishers.
- Evans, G., & Cohen, S. (1987). Environmental stressors. En D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 571 – 610). New York: Wiley.
- Fouilloux, C. (2002). *La Salud Mental del estudiante de la UNAM*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Goodrick, G., Kneuper, S., & Steinbauer, J. (2005). Stress perceptions in community clinic: a pilot survey of patients and physicians. *Journal of Community Health: The publication for health promotion and disease prevention*, 30(2), 75 – 88.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovich, C., Simkin, S., & Deeks, J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296-300.
- Kahn, N., & Addison, R. (1992). Comparison of support services offered by residencies in six specialties, 1979 – 1980 and 1988. *Academic Medicine*, 67, 197.
- Kaplan, S. (1992). *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat.
- Lazarus, R. (1990). Theory – Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3 – 13.
- Lazaus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Editorial Desclée de Brower.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984/1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca.
- Levey, R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76, 142 – 150.
- Leibovich, N. & Schmidt, V. (2004). El uso de instrumentos psicológicos para la evaluación del estrés ocupacional en nuestro medio. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17(1), 139 – 157.
- Mingote, A. & Gálvez, M. (2007). El estrés del médico residente en urgencias. *Emergencias*, 19, 111 – 112.
- Molina A., García M., Alonso M., & Cecilia, P., (2003). Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564 – 574.
- Oblitas, G. (2005). *Ansiedad y estrés*. Colombia: Psicom editores.
- Palmer, Y., Prince, R. & Searcy, R. (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. *Ginecol Obstet Mex*, 75(7), 379 – 383.

- Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine. (1988). Stress and impairment during residency: strategies for reduction, identification and management. *Annals of Internal Medicine*, 109, 154 – 161.
- Reyes-Lagunes, I. & García y Barragán, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes, *La psicología social en México* (pp. 625-630). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Reynoso L. & Seligson I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Selye, H. (1976). *The stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Skipper, G., Fletcher, C., & Rocha Judd, R. (2004). Tramadol abuse and dependence among physicians. *Journal of American Medical Association*, 292 (15), 1818 – 1819.
- Step toe, A. (1990). Psychobiological stress responses. En M. Johnston and L. Wallace (Eds.), *Stress and Medical Procedures* (pp. 3–24). Oxford: Oxford University Press.
- Stewart, D., Ahmad, F., Cheung, A., & Dell, D. (2000). Women physicians and stress. *Journal of women's Health & Gender – Based Medicine*, 9(2), 185 – 190.
- Sutherland, V. & Cooper, C. (1990). *Understanding Stress, a psychological perspective for health professionals*. USA: Chapman & Hall.
- Vaugh, S., Shay, J. & Signaub, J. (1999). *Focus group Interviews in Educational and Psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vincent, M. (1983). Some sequelae of stress in physicians. *Psychiatric Journal of the Ottawa University*, 8(3), 120 – 124.
- Viniegra, V. (2005). El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Revista Médica del IMSS*, 43, 305-321.
- Volkow, N., De la Fuente, J., Gómez-Mont, F., & Cuevas, L. (1982). Rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. Nuevas posibilidades del MMPI. *Revista de Investigación Clínica*, 34, 31 – 38.
- Waring, E. (1974). Emotional illness in psychiatric trainees. *British Journal of Psychiatry*, 125, 10 – 11.

