

VALIDEZ DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR CRISIS PERSONALES Y FAMILIARES EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Content Validity of an Instrument to Identify Family and Personal Crises in Family Medicine Resident Physicians

García Vite A,* Ponce Rosas RE,** Quiroz Pérez JR,
** Sánchez Escobar LE.***

* Especialista en Medicina Familiar. ** Profesores del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. *** Profesora Titular la especialidad de medicina familiar. Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) México.

Correspondencia.

Correo electrónico: lese2303@hotmail.com

Recibido: 17-10-08

Aceptado: 04-03-09

RESUMEN

Objetivo: Identificar crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar a través de la aplicación de un instrumento con validez de contenido. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal; realizado entre Noviembre de 2006 y Febrero de 2007, en una unidad de medicina familiar de una institución pública de la Ciudad de México. Un grupo de expertos en terapia familiar realizó la validación de contenido de un instrumento basado en el cuestionario de Slaikeu el cual se aplicó a 52 médicos residentes. El instrumento se integró por 35 preguntas distribuidas en seis secciones y fue evaluado a través de la escala propuesta como *con* crisis o *sin* crisis; se realizó la correlación entre las secciones y la presencia de crisis. **Resultados:** Se encontró una correlación de 0.403, $p = 0.002$ entre la satisfacción y sentimientos experimentados durante la residencia con la presencia de crisis. 42 residentes presen-

taron crisis, cuatro con crisis normativas y 36 no normativas, dos residentes no especificaron el tipo de crisis que experimentaron. **Conclusiones:** Es ineludible el cambio de hábitos y transformaciones importantes en las actividades cotidianas de los residentes que ingresan al curso de especialización en medicina familiar; no obstante, éstos no resultaron ser un factor de relevancia para la presencia de crisis personales y familiares en los residentes.

Palabras Clave: Medicina Familiar, Formación para la Educación, Actividades de formación.

ABSTRACT

Objective: To identify personal and family crises in Family Medicine Resident Physicians through the proposal of an instrument with content validity. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, and cross-sectional study performed between November 2006 and February 2007 at a Family Medicine Unit of a public institution in Mexico City. A group of experts in Family Therapy carried out the content validation of an instrument based on the Slaikeu questionnaire, which was applied to 52 Family Medicine Residents. The instrument was composed

of 35 questions divided into six sections and was evaluated by means of the proposed scale and *with* or *without* acute crisis. Correlation was performed between questionnaire sections and the presence of crisis. **Results:** We found a correlation of 0.403 ($p = 0.002$) between satisfaction and the feelings experienced during residency in the presence of crisis. A total of 42 residents had seizures, four with normative and 36 with non-normative crises, while two residents did not specify the type of crises they experienced. **Conclusions:** It is imperative to change the habits of and to effect major modifications in the daily activities of residents entering the specialization course in Family Medicine. Notwithstanding this, these did not prove to be a relevant factor for the presence of personal and familial crises in residents.

Key Words: Family Medicine, Educational training, Training activities.

INTRODUCCIÓN

Una crisis ocurre cuando una persona se confronta a un incidente o evento estresante que percibe como abrumador, no obstante, haber utilizado sus herramientas habituales para resolver problemas y las estrategias aprendidas para ello. Frecuentemente, no es el evento por sí mismo lo que causa la crisis, es la apreciación del evento como serio, incontrolable y más allá de los recursos aprendidos por la persona lo que desencadena la crisis. Las personas que no son capaces de utilizar sus estrategias habituales, pueden desarrollar dificultades afectivas, de comportamiento, cognitivas o físicas que podrían llevarlos a solicitar asistencia médica¹. Cualquier *Evento Vital Estresante* (EVEs) puede ser causa de una crisis, esto depende de cada individuo y de las herramientas habituales o aprendidas que utilice²⁻⁶.

Al igual que todos los seres humanos, los médicos residentes que inician un curso de especialidad médica, se enfrentan a cambios

en su entorno y estilo de vida: diferentes lugares de trabajo, nuevos compañeros de profesión, gastos en alimentación, renta de vivienda, mudarse solos o con su familia independientemente de que sean solteros, casados, con o sin hijos. También se presentan cambios en los horarios de sueño y vigilia, tiempo libre acortado, modificación en los hábitos de fumar, beber y auto administración de fármacos; acatar nuevas reglas y tener nuevas responsabilidades y nuevas actividades a cargo de ellos.

Los EVEs, aunados a la facilidad para expresar sus sentimientos, los apoyos con los que los residentes cuentan, así como la etapa de su ciclo vital familiar, darán la pauta de su condición actual, la que pueda o no representar una crisis. Es importante precisar que el proceso de ajuste y readaptación a las nuevas situaciones que experimentan los médicos residentes en medicina familiar pueden pasar inadvertidos.

Los residentes que tengan las herramientas necesarias para adaptarse y enfrentar los cambios, no están exentos de otros motivos de crisis como las denominadas *crisis normativas y no normativas*⁶⁻⁹. Estas circunstancias obligan a los profesores de la especialidad a tener un acercamiento, a su historia personal de vida, para tener una idea global de su situación actual y encontrarse en la posibilidad de desarrollar las estrategias necesarias para apoyarlos en su desarrollo y crecimiento personal y profesional durante su formación como médicos de familia. Se han reportado diversos estudios con respecto a las crisis familiares, su definición, concepción y clasificación, todos ellos realizados en diferentes tipos de población¹⁰⁻¹³. No obstante, hemos identificado poca información sobre los EVEs -que puedan originar crisis en los profesionales de la salud y particularmente en los residentes en proceso de formación-.

Para diagnosticar crisis personales o familiares, se cuenta con instrumentos diseñados en

Antecedentes del tema de investigación

Cualquier Evento Vital Estresante puede ser causa de una crisis, esto depende de cada individuo y de las herramientas habituales o aprendidas que utilice. Los médicos residentes que inician un curso de especialidad médica, se enfrentan a cambios en su entorno y estilo de vida: diferentes lugares de trabajo, nuevos compañeros de profesión, gastos en alimentación, renta de vivienda, mudarse solos o con su familia independientemente de que sean solteros, casados, con o sin hijos.

Los profesores deberían tener un acercamiento, a la historia personal de los residentes e integrar una idea global de su situación actual para encontrarse en la posibilidad de desarrollar las estrategias necesarias para apoyarlos en su desarrollo y crecimiento personal-profesional durante su formación como especialistas en medicina familiar.

otros países desarrollados en otras condiciones socioeconómicas y culturales¹⁴⁻¹⁷. Ante la ausencia de un instrumento adaptado a las actividades que realizan los médicos residentes de medicina familiar en México, se planteó el objetivo de proponer un instrumento que identifique crisis personales y familiares en los residentes de medicina familiar, pensando en el entorno y los cambios de vida, inherentes a ellos. Para tal efecto, fue necesario crear un instrumento que explorara los diversos EVEs que pueden llevar a una crisis a los residentes de medicina familiar en formación, tomando en cuenta cinco principales subsistemas: *conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo* (CASIC)¹⁸.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado de octubre de 2006 a febrero de 2007. La muestra de estudio fue de 52 residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar, inscritos en cuatro Unidades de Atención Primaria, de una Institución de Salud Pública en la Ciudad de México. Para la validación de contenido del instrumento²¹⁻²⁴, se convocó a un grupo de expertos en terapia de familia (GETF) con un promedio de cinco años de experiencia clínica y labores docentes en el contexto del curso de residencia en medicina familiar. El esquema del estudio se presenta en la Gráfica I.

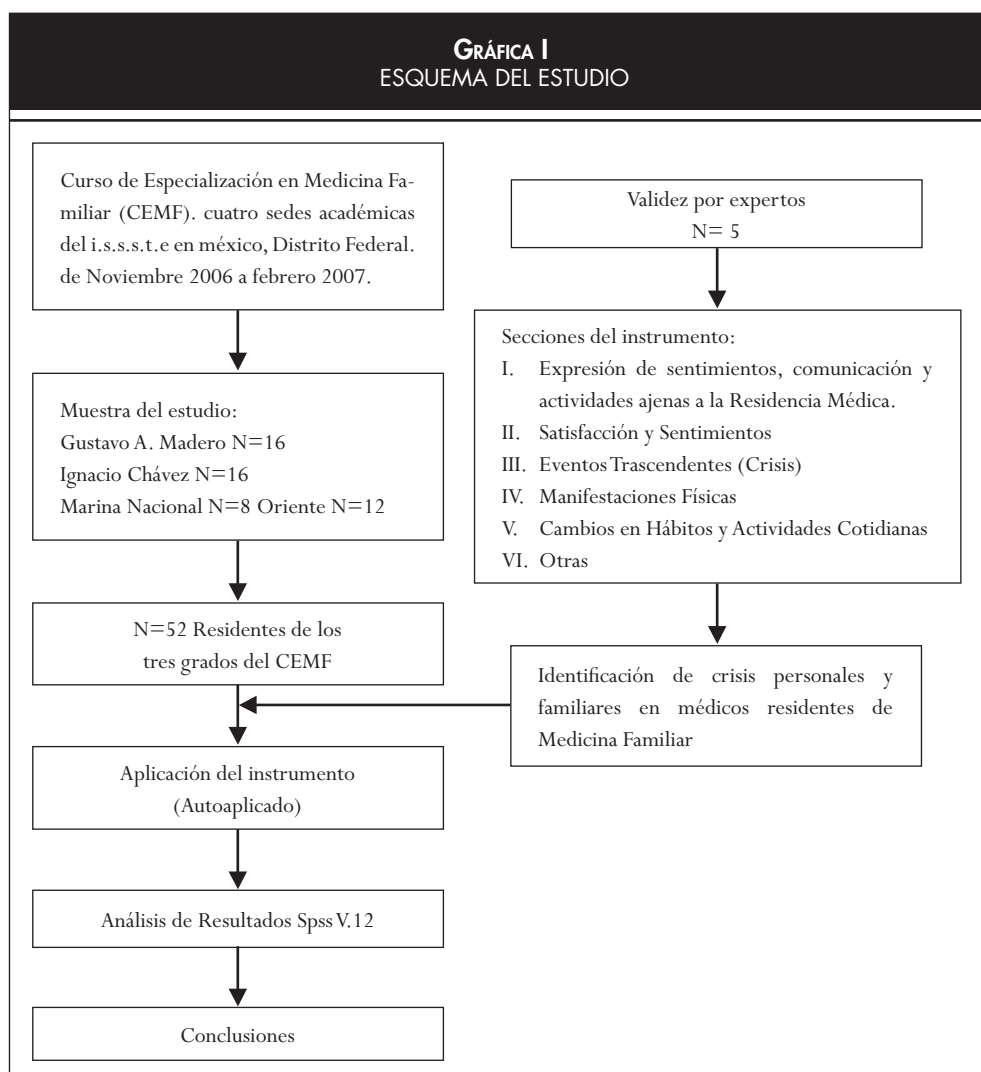


TABLA 1
Instrumento propuesto, por secciones y preguntas

<p>Sección I. Preguntas 9-11, 13,15. Ámbito: Expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica. Descripción: Se refiere a la frecuencia con la que el residente y su familia manifiestan su afecto en la vida cotidiana, la facilidad con la que se expresa si algo le molesta, que tan frecuente se siente aislado de su familia, si pertenece a algún club social u otro y si es capaz de pedir ayuda cuando lo necesita. Modalidad de evaluación: Se exploraron a través de 5 preguntas con un rango de 0 a 25 puntos.</p>
<p>Sección II. Preguntas 16, 17, 21,22. Ámbito: Satisfacción y sentimientos. Descripción: Se refiere a la satisfacción o no en hábitos de trabajo, alimentación, ejercicio, tiempo para la recreación, consumo de drogas y alcohol, hábitos de sueño, antes de entrar a la residencia. Así como en general, con su vida antes y después de entrar a la residencia médica. Además, sentimientos que ha experimentado durante su residencia médica. Modalidad de evaluación: Se explora a través de 4 preguntas con un rango de 0 a 50 puntos.</p>
<p>Sección III. Pregunta 20. Ámbito: Eventos trascendentes (crisis). Descripción: Cualquier evento que el residente haya percibido como crisis durante su residencia médica. Modalidad de evaluación: Se explora en una pregunta abierta con una puntuación de 0 a 100 puntos.</p>
<p>Sección IV. Preguntas 23 y 24. Ámbito: Manifestaciones físicas. Descripción: Aceptación de sufrir alguna molestia física e indicar alguna de la lista, desde cefalea, alergia, cansancio, confusión, alteraciones en la tensión arterial, taquicardia, mareo, dismenorrea, colitis, gastritis, tics, dolor abdominal, disminución de la libido, pérdida de peso, asma u otras. Así como si ha iniciado algún tratamiento médico durante la residencia. Modalidad de evaluación: Se exploran en dos preguntas con una puntuación de 0 a 50 puntos.</p>
<p>Sección V. Preguntas 19, 25-32. Ámbito: Cambios en hábitos y actividades cotidianas. Descripción: Tiempo que dedica actualmente a lo que eran sus actividades favoritas antes de entrar a la residencia y que tanto ha notado cambios en sus hábitos de sueño, alimentación, de trabajo, de ejercicio, actividades de tiempo libre, hábito de fumar o no fumar, consumo o no de alcohol, utilización o no de drogas y medicinas. Modalidad de evaluación: Se explora a través de 9 preguntas con una puntuación de 0 a 50 puntos.</p>
<p>Sección VI. Preguntas 1-8. Ámbito: Otras. Descripción: Ficha de identificación. Datos sobre el residente entrevistado y su familia. Se solicita la edad, sexo, estado civil, religión, domicilio, sede y grado, así como edad, parentesco, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de nacimiento, religión y estado de salud de las personas que viven con el residente.</p> <p>Preguntas 12, 14,18, 33-35. Ámbito: Otras. Descripción: Se trata de preguntas sobre los mejores amigos, actividades en algún club social, actividades favoritas el año anterior a la residencia médica y la perspectiva del residente sobre la influencia de la residencia en medicina familiar para poder identificar, resolver y enfrentar sus crisis. Modalidad de evaluación: Consta de 6 preguntas que no se consideran en la puntuación por reflejar la perspectiva del residente entrevistado y por no constituir como tal un factor de riesgo para presentar crisis.</p>

Aportaciones de esta investigación

En el presente trabajo se identificaron 42 residentes (80.7%) con crisis, de los cuales 23 obtuvieron un puntaje elevado en cuanto a cambio en hábitos y actividades cotidianas.

La preparación académica de un médico residente en medicina familiar, incluye además, el reconocimiento de sí mismo, de sus debilidades y fortalezas para desarrollar herramientas que podrá utilizar en un futuro, así como encontrarse en un punto neutro desde donde podrá brindar mayor ayuda a sus pacientes.

Validación de contenido

El GETF inició la validación de contenido mediante una propuesta inicial (55 preguntas) basada en el cuestionario de *Slaikau*¹⁸ para evaluar pacientes en crisis, así como manifestaciones somáticas y cambios de hábitos y conductas en los pacientes en crisis. Mediante la técnica de *brainstorming*, los integrantes del GETF, modificaron la propuesta inicial de acuerdo al contexto de la residencia en medicina familiar (de México) y los datos necesarios para situarlos en una etapa de su ciclo vital¹⁹, así como el lugar y condiciones generales que orientaran sobre su situación actual, tomando en cuenta los factores que pudieran condicionar la aparición de crisis en ellos a partir de AVEs.

Durante 15 sesiones de trabajo (30 horas), el GETF realizó observaciones, modificaciones, sugerencias, eliminaciones y adiciones hasta concluir en la propuesta final (5ª Versión), que contuvo 35 preguntas agrupadas en seis secciones. Estos cambios consistieron fundamentalmente en mejorar la forma (redacción, secuencia de las preguntas, presentación y distribución en las diferentes secciones), y de fondo (congruencia del contenido de cada pregunta con lo que se pretendió medir, tipo de reactivo –abierto/cerrado, escala de puntuación y valores de evaluación).

En la Tabla I se muestran las secciones que integraron el instrumento, las preguntas específicas que se distribuyeron en cada sección, el ámbito, descripción y la modalidad de eva-

luación. El instrumento final se presenta en el Anexo I.

Escala de puntuación

EL GETF decidió asignar una puntuación por sección, por pregunta y por opciones de respuesta. El punto clave del cuestionario fue la presencia o ausencia de crisis personales o familiares, por lo que a la sección III (eventos trascendentes) se le asignó la mayor puntuación. Con fundamento en las referencias^{1,6,9,10,14,15,17,18,24,25} y en la pauta que dan los cambios de hábitos y las molestias físicas acompañantes a una crisis: a las secciones IV y V se les otorgó una puntuación que representaba sólo un 50% del valor de la sección III. De la misma forma, otros rubros importantes como la expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica en la sección I tendrían un 25% del valor de la sección III.

Se decidió por consenso otorgar un valor de 100 a la sección III y con respecto a ella el valor asignado al resto de las secciones dividido en las preguntas que las conforman y sus respuestas. La sección I como tal debía valer 25 puntos. Las secciones II, IV y V cada una de ellas 50 puntos. El valor en puntos asignado por unanimidad para cada sección se muestra en la Tabla II.

Una vez asignada la puntuación por pregunta, opciones de respuesta y sección, se tuvo un rango de puntuación desde cero hasta 275 puntos.

TABLA II
Escala de Puntuación

Sección	Nombre	Puntos
I	Expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica	25
II	Satisfacción y sentimientos	50
III	Eventos trascendentes	100
IV	Manifestaciones físicas	50
V	Cambios en hábitos y actividades cotidianas	50
VI	Otras	0
Total		275

Debido a que el objetivo del instrumento, fue identificar crisis personales y familiares en médicos residentes, la sección III, *sobre eventos trascendentes durante la residencia médica* (100 puntos) fue la pauta a seguir para interpretar los resultados. Por lo tanto, la presencia de crisis aunada a síntomas físicos sumaba mínimo 150 puntos, acompañada de cambios en los hábitos sumaba 150 puntos; pudiendo presentar los dos, un máximo de 200 puntos; si además, se acompañaba de problemas en la expresión de sentimientos y comunicación se otorgaba un máximo de 275 puntos.

Por consenso unánime, el GETF decidió la siguiente escala de evaluación para su interpretación: **SIN CRISIS** 0 – 150 puntos; **CON CRISIS** 151 – 275 puntos.

Para la prueba piloto se consideró no contar las respuestas de la población de estudio ya que en México, es bajo el número de residentes de medicina familiar de la institución de salud en la que se aplicó el instrumento. Por tal razón se realizó una prueba piloto con 25 residentes de otras especialidades médicas, (semejantes en edad, condiciones, entorno laboral y familiar) de la misma institución, lo que permitió simplificar algunas preguntas y modificar las opciones de respuesta de otras que ocasionaban confusión en los entrevistados. La información obtenida de los 52 residentes evaluados (población total), fue almacenada en una base de datos diseñada en el programa SPSS v.12.

RESULTADOS

Se aplicaron 52 cuestionarios, a residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar.

En la Tabla III se enumeran las características generales de la población estudiada. En la Tabla IV se muestran los resultados del puntaje asignado por secciones e interpretación de la escala propuesta. De acuerdo a dicha escala,

en la Tabla V se muestra la identificación de crisis por unidad de salud y grado académico de los médicos en formación en medicina familiar en el momento de aplicación del instrumento propuesto. Por otro lado, en la Tabla VI se presenta la correlación entre las secciones del instrumento propuesto y la presencia de crisis, así como el resultado de la aplicación de pruebas estadísticas para encontrar la magnitud de la asociación entre las secciones y la presencia de crisis.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS.

EN RELACIÓN AL CICLO VITAL^{6,7,18}: De los 42 residentes identificados con crisis de acuerdo a la escala establecida, cuatro presentaron crisis normativas (9.52%), 36 crisis no normativas (85.7%) y dos no especificaron el tipo de crisis que experimentaron.

EN RELACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS⁷: De los 42 residentes identificados con crisis, cinco fueron por desmembración (11.9%), dos por incremento (4.76%), 25 por desmoralización (59.52%), siete por desmoralización y desmembración o incremento (16.66%) y dos no especificaron o no las identificaron (4.76%).

EN RELACIÓN AL DESARROLLO PSICOSOCIAL (ETAPAS DE ERICKSON)²⁶: De los 42 residentes identificados con crisis, 39 se encontraban en la etapa VI (92.85%) y TRES en la etapa VII (7.3%).

DISCUSIÓN

Freud²⁵, en su teoría psicoanalítica, señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. Demostró la manera en que los síntomas físicos podían ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole. Así es como en el presente trabajo se encontraron 42 residentes con crisis, de los cuales 23 obtuvieron un puntaje alto en la sección V de manifestaciones físicas, habiendo encontrado

TABLA III
Características generales de la población estudiada (alumnos)

Característica	Mínimo	Máximo	Promedio %	Desviación Estándar
<i>Edad</i>	23	49	30.73	4.51
Sexo:				
Femenino	31		59.61	
Masculino	21		40.39	
Tipo de Familia a la que pertenecen según el parentesco²⁷:				
Nuclear simple	22		42.30	
Nuclear	5		9.61	
Monoparental	5		9.61	
Monoparental extendida	5		9.61	
Grupos similares a familias	5		9.61	
Extensa	4		7.69	
No parental	3		5.76	
Etapa del ciclo vital^{16,18,26} en la que se encontraban:				
Dispersión	28		53.84	
Expansión	12		23.07	
Matrimonio	6		11.53	
Independencia	6		11.53	

TABLA IV
Resultados del puntaje asignado por secciones e interpretación de la escala

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
I	0	19	7.19	4.66
II	2	35	13.41	6.31
III	0	100	90.19	30.03
IV	0	45	18.39	13.89
V	2	50	27.98	7.94
Total	4	215	157.17	44.12

Interpretación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin crisis	10	19.3
Con crisis	42	80.7
Total	52	100

TABLA V
Identificación de crisis por unidad de salud y grado académico

UNIDAD DE SALUD	CON CRISIS	(%)	SIN CRISIS	(%)
“Gustavo A. Madero”	16	94.11	1	5.88
Oriente	9	81.8	2	18.2
“Ignacio Chávez”	12	75	4	25
Marina nacional	5	62.5	3	37.5
GRADO ACADÉMICO	CON CRISIS	(%)	SIN CRISIS	(%)
Primero	13	92.9	1	7.1
Segundo	10	76.9	3	23.1
Tercero	19	76	6	24

N=52

TABLA VI
Relación entre las secciones y la presencia de crisis
Magnitud de la Asociación

Presencia de crisis/ secciones	χ^2 de Pearson	p	Phi	V de Cramer	Coefficiente de contingencia	Interpretación
Sección I	0.641	0.42	0.112	0.112	0.111	Correlación ligera, relación insignificante
Sección II	9.870	0.002	0.440	0.440	0.403	Correlación moderada, relación considerable
Sección IV	6.857	0.009	0.367	0.367	0.344	Correlación baja, relación definida pero pequeña.
Sección V	2.782	0.095	0.234	0.234	0.227	Correlación baja, relación definida pero pequeña.

una correlación baja, relación definida pero pequeña.

Halpern²⁰, describe los sentimientos que experimentan los pacientes que están en crisis: *cansancio, agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, síntomas físicos, ansiedad, desorganización en relaciones laborales, familiares y sociales*. Afectando en general: *sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico*. En este trabajo se encontró una correlación moderada, relación considerable entre la sección II de satisfacción y sentimientos y la presencia de crisis, ocho casos con puntaje bajo y 34 casos con puntaje alto en esta sección -de los identificados con crisis-. Por otro lado, la sección V de cambios de hábitos y actividades cotidianas, mostró una correlación baja, relación definida pero pequeña con la presencia de crisis, cuatro folios con puntaje bajo y 38 con puntaje alto.

Se encontró una correlación ligera, relación insignificante, entre la expresión de sentimientos, comunicación y actividades ajenas a la residencia médica (sección I del instrumento) y la presencia de crisis. Durante el curso de especialización en medicina de familia, los médicos en formación, se encuentran sumergidos en un ambiente de trabajo y responsabilidades que los alejan de su familia. El no realizar las actividades sociales y recreativas que realizaban antes de ingresar a la residencia, no fue un factor que genere crisis en ellos, se podría considerar sólo una manifestación concomitante a algunas otras de mayor relevancia.

En la sección II del instrumento, donde se evalúa la satisfacción y sentimientos, y la presencia de crisis, se encontró una correlación moderada, relación considerable. Representando así, un aspecto a tomar en cuenta: la satisfacción que experimentan al llevar a cabo lo planeado o esperado y los sentimientos que refirieron haber experimentado. Hubo una mezcla de sentimientos positivos (optimistas) y negativos (pesimistas), encontrando un predominio de los positivos, sin embargo, muchos de los residentes evaluados habían experimentado tanto unos como otros sentimientos, dando estas contradicciones un factor importante en la presencia de crisis.

En la bibliografía consultada,^{1,3,7,9,11,17,18,25-27} las manifestaciones de crisis más documentadas fueron: somatización, enfermedades psicósomáticas y manifestaciones físicas, sin embargo, en el presente trabajo se encontró una correlación baja; relación definida pero pequeña, entre las manifestaciones físicas (sección IV del instrumento) y la presencia de crisis. El hecho de que se trate de médicos, conlleva a situaciones especiales como auto prescripciones y evitación de consultas especializadas, 23.5% se refirió en tratamiento médico y de ellos 15.7% en control con médico especialista y 7.8% automedicado. No dejando de lado, la posibilidad de negación en cuanto a molestias físicas, aun existiendo éstas, quedando sólo en la confianza sobre las respuestas del evaluado.

Hubo una correlación baja, relación definida pero pequeña, entre los cambios de hábitos y

actividades cotidianas (sección V del instrumento) y la presencia de crisis. Es inherente el cambio de hábitos y actividades cotidianas al ingreso al curso de especialización en medicina familiar, a pesar de ello, esto no resultó ser factor de relevancia en la presencia de crisis.

En este trabajo se tuvo especial cuidado en cuanto al planteamiento de los reactivos en el instrumento, así como en la estructuración de las preguntas cerradas o de tipo likert para no dejar dudas al responderlas. Así mismo, el instrumento se complementó con preguntas abiertas que no limitaban las opciones de respuesta; en rubros importantes como: eventos trascendentes de la vida, lista de amigos y la manera en que habían resuelto sus crisis. Se dejó abierta la posibilidad de que los participantes en el estudio, no fueran del todo sinceros y no escribieran la realidad de su momento de vida. Lo anterior se trató de controlar mediante el carácter anónimo del instrumento.

Es importante precisar que el planteamiento mismo de los reactivos, así como el haber participado en el estudio, originó en algunos de los participantes, momentos

de reflexión acerca de sus condiciones generales al realizar el estudio y los eventos que habían experimentado a lo largo de la residencia médica. Además, la coincidencia con el inicio de síntomas físicos o cambios de hábitos, los sentimientos e insatisfacción en algunos aspectos de su vida, denotando interés y reconocimiento de que en ocasiones no son suficientes las herramientas con las que contaban y que sería necesario autoanalizarse periódicamente para poder solicitar ayuda oportunamente. Es así que la preparación académica de un médico residente en medicina familiar, incluye además, el reconocimiento de sí mismo, de sus debilidades y fortalezas para desarrollar herramientas que podrá utilizar en un futuro, así como encontrarse en un punto neutro desde donde podrá brindar mayor ayuda a sus pacientes.

Los alumnos pertenecen a una familia, la cual es un medio propicio para el desarrollo o estancamiento de sus integrantes, estos son aspectos importantes a evaluar en los médicos en formación con el objeto de facilitar su desarrollo y enriquecimiento profesional y personal.

Referencias

1. Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. *A Practical Guide to Crisis Management*. *Am Fam Physician* 2006; 74(7):1159-1164.
2. El-Shikh H, Fahmy E, Michael V, Moselhy Hamdy FA. Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. esp.). [serial on the Internet]. 2004 Sep [citado 2006 Abril 19]; 18(3): 162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000300004&lng=en&nrm=iso.
3. Herrera SP, González BI, Soler CS. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(2). [(citado en 2005 Dec 11) 5 pantallas]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi13202.htm
4. Pearling LI. The sociological study of stress. *J Health Soc Behav* 1989; 30:241-256.
5. Barrón LA, Sánchez ME. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* 2001; 13 (1):17-23
6. De la Revilla. Acontecimientos vitales estresantes. En: De la Revilla NL, Bailón ME, Caballero FF, Fernández AG, Fleitas CL, Jover CI, et al. *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona, España: Doyma; 1994. p. 71-78.
7. Turabian JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Una introducción a los principios de Medicina de Familia. España: Díaz de Santos; 1996. pp. 561.
8. Camdessus B, Bonjean M, Spector R. *Crisis familiares y ancianidad*. 1ª ed. México: Paidós; 1989.
9. Raffo LS. *Intervención en crisis*. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur Universidad de Chile 2005; 1-5.
10. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967; 11:213-218.
11. González BI. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (3):270-276.
12. Marin TR, Sánchez CJ. Acontecimientos vitales estresantes en mujeres de 45-64 años. Repercusión como estresores psicofísicos. *Aten Primaria* 1996; 17(8):512-516.
13. Otman FC, Olinda IV. Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Jornada Virtual 40 Aniversario de la Fundación del Instituto de Neurología y Neurocirugía*. México.
14. Lazarus RS, Valdés MM, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, D.L. 1986. España. ISBN 84-270-1013-3
15. Rabkin JG, Struening EL. Life events, stress and illness. *Science*, 1976; 194: 1013-1020
16. Tausig M. Measuring life events. *J Health Soc Behav*, 23:52-64.
17. Sandler IN, Guenther RT. *Assesment of life stress events*. En: Karol y P. eds. *Measurements strategies in health psychology*. Nueva Cork: Jhon Wiley, 1985.
18. Slaikeu KA. *Intervención en crisis*. Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2000. pp 575.
19. Nieto MC. Recursos del enfoque familiar en medicina: familiograma, factores de riesgo familiar, apgar familiar, ecomapa, ciclos vitales individual y familiar, historia clínica orientada por problemas y guías de mantenimiento de la salud. *Medicina Familiar* 2003 [(citado en 2005 Feb 21) 5 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.ocenet.oceano.com/salud>
1. McWhinney I. *A text book of family medicine*. 2a ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
20. Halpern HA. Crisis theory: A definitional study. *Comm Mental Health J*, 1973, 9:342-439.

21. Kerllinger FN. Validez. En: Kerllinger FN, Howard BL. *Investigación del Comportamiento Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ª ed. México: Mc Graw Hill; 2002. p.603-625.
22. Polit DF. Validez. En: Polit DF, Hungler BP. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Estados Unidos: Mc Graw Hill Interamericana; 1995. p.357-363
23. Young RK, Veldman DJ. *Introducción a la ESTADÍSTICA aplicada a las ciencias de la CONDUCTA*. 2ª ed. México: Trillas; 2004.
24. Dawson SB. *Compilación de datos en investigación médica*. En: Dawson SB, Trapo RG. *Bioestadística médica*. México: Manual Moderno; 1997. p.70
25. Freud S. *Jokes and their relations to the unconscious*, trans. James Strachey. New York: W.W. Norton, 1960.
26. Erickson EH. *Adulthood: Essays*, New York: W.W. Norton, 1978.
27. *II Conceptos básicos para el estudio de las familias*. *Arch Med Fam* 2005;7 (Supl 1):15-19.

**ANEXO I
CUESTIONARIO**

- FOLIO: _____
 FECHA: _____
 1. Edad: _____
 2. Sexo: _____
 3. Estado civil: _____
 4. Religión: _____
 5. Domicilio (delegación o municipio y estado): _____
 6. Sede donde realiza la residencia médica: _____
-
7. Grado que cursa en este momento: _____
8. Complete la siguiente ficha de identificación familiar (cuadro), de las personas que viven con usted:

INTEGRANTES								
Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Lugar de Nacimiento	Religion	Estado de Salud

9. En su familia, las manifestaciones de afecto forman parte de su vida cotidiana:
 NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
10. Cuando algo le molesta, usted fácilmente se lo dice a la persona indicada:
 NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
11. ¿Se ha sentido usted aislado de su familia?
 NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
12. Haga una lista de sus mejores amigos, utilice su nombre de pila:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
13. ¿Es usted miembro de algún club social, fraternidad, grupo religioso, deportivo, etcétera?
 NO () Pase a la pregunta 15
 SÍ () Especifique: _____
14. Actividades en las que participó el mes pasado: _____

15. Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

- No, no me gusta pedir ayuda.
- Sí, me pongo en contacto con: 1. _____ y/o
- 2. _____ y/o
- 3. _____

16. Por favor, verifique lo siguiente con respecto a usted antes de entrar a la residencia médica:

Estaba satisfecho con:	NO	SÍ	NO APLICA
Sus hábitos de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus hábitos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus hábitos de ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo dedicado para la recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su consumo o no de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sus hábitos de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Antes de que entrara a la residencia médica, en general, usted estaba:

- Muy satisfecho con su vida
- Moderadamente satisfecho con su vida
- Completamente satisfecho con su vida
- Un poco satisfecho con su vida
- Insatisfecho con su vida

18. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas, durante el año previo a entrar a la residencia médica:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

19. Comparado con ese año, el tiempo que ahora emplea para las actividades que mencionó en la pregunta anterior es:

	Mucho menor	Menor	El mismo	Mayor	Mucho mayor
Actividad 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad 2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad 3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Enumere crisis personales o familiares que haya usted experimentado durante el transcurso de la residencia médica, por favor especifique fecha o periodo de tiempo en el que sucedieron:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

21. Actualmente y durante el transcurso de la residencia médica, usted se ha sentido:

- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Completamente satisfecho
- Un poco satisfecho
- Insatisfecho

22. Marque con una cruz los sentimientos que ha experimentado durante su residencia (puede marcar más de uno):

- Excitado Abrumado Energético Enojado Tenso Culpable
- Solo Jovial Contento Feliz Optimista
- Cómodo Aturdido Intranquilo Aburrido Relajado
- Satisfecho Receloso Otros _____

23. Desde que entró a la residencia, ¿ha tenido alguna molestia física?

NO ()

SÍ () ¿Desde cuando? _____

Indique si sus molestias se refieren a:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|
| () Cefalea | () Taquicardia | () Gastritis | () Pérdida de peso |
| () Alergia | () Mareo | () Tics | () Asma |
| () Cansancio | () Dismenorrea | () Dolor abdominal | |
| () Confusión | () Colitis | () Disminución de la libido | |
| () Alteraciones de presión arterial | Otras _____ | | |

24. ¿Desde que entró a la residencia médica, ha usted iniciado algún tratamiento médico?

() NO

() SÍ. Medicamentos: _____

Diagnóstico: _____

Especialidad del médico tratante: _____

DURANTE EL TRANSCURSO DE SU RESIDENCIA MÉDICA HA NOTADO:

25. Cambios en sus hábitos de sueño:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

26. Cambios en sus hábitos de alimentación:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

27. Cambios en sus hábitos de trabajo:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

28. Cambios en su rutina de ejercicio:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

29. Cambios en sus actividades de tiempo libre:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

30. Cambios en su hábito de fumar o no fumar:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

31. Cambios en su consumo o no de alcohol:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

32. Cambios en su utilización o no de drogas y medicinas:

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

33. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para poder identificar sus crisis?

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

34. ¿Piensa que la residencia en medicina familiar ha contribuido en algo para que usted pueda resolver sus crisis?

NUNCA () CASI NUNCA () A VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

35. ¿Cómo ha enfrentado usted sus crisis?
