



Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel

Jaime Arias Amaral,* Armando Rafael Vargas Flores,** Radhamés Hernández Mejía,**** María Guadalupe Ramos Ponce,¹ José Félix Velasco Rodríguez***

RESUMEN

Antecedentes: la calidad de vida es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en el que viven, y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Objetivo: valorar la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, en Zapopan, Jalisco, México.

Pacientes y métodos: todos los médicos residentes que ingresaron al primer año del curso de especialidad medicoquirúrgica en el Hospital General de Occidente, entre marzo de 2004 y marzo de 2005. La calidad de vida se valoró mediante la aplicación del cuestionario, en español, del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), en tres momentos: al ingreso, a los seis meses y al año.

Resultados: la mayoría de los residentes informó buena calidad de vida al inicio del estudio (93%), que disminuyó en la segunda medición (63%) y volvió a aumentar en la tercera medición (76%), pero sin llegar a los valores de base. Cuando las muestras se sometieron al análisis estadístico mediante la *t* de Student para muestras pareadas, en todas las escalas de la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud se encontró un valor de *p* con alta significación estadística entre la primera y segunda mediciones.

Conclusiones: la calidad de vida relacionada con la salud de los médicos residentes sufre un descenso en los primeros seis meses, con recuperación a los 12 meses, pero sin retornar a los valores de base.

Palabras clave: calidad de vida, médicos residentes, hospital de tercer nivel.

ABSTRACT

Background: Quality of life is an individual perception of life position, under the particular cultural and value system context, and considering goals, expectations, rules and concerns.

Objective: To evaluate quality of life of resident doctors at Hospital General de Occidente, Health Department, at Zapopan, Jalisco, Mexico.

Patients and methods: Every resident doctor registered to first year of surgical medical main subject, between March 2004 and March 2005, answered the Quality of Life Profile for Chronic Patients questionnaire in three periods: at them entry, six months later and 12 months later.

Results: Most residents reported good quality of life at the beginning questionnaire (93%), which diminished in second measurement (63%), and rises again in third measurement, but without return to first results. In statistical analysis with paired *t* Student samples, every quality of life health related scale has statistical significance within first and second measurements.

Conclusions: Resident doctors health related quality of life falls during first six months and rises again 12 months later but without reaching base results.

Key words: Quality of life, resident doctors, third level hospital.

* Médico adscrito al servicio de medicina interna.

** Residente de cuarto año en el servicio de medicina interna.

*** Jefe del servicio de medicina interna.

Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

**** Profesor investigador del departamento de epidemiología. Universidad de Oviedo, España.

¹ Profesora investigadora del CUCIÉNEGA. Universidad de Guadalajara, Ocotlán, Jalisco.

Correspondencia. Dr. Jaime Arias Amaral. Avenida Zoquipan núm. 1050, colonia Seattle, CP 45170, Zapopan, Jalisco, México. Tel.: 3030-6300. E-mail: jarias@mail.medinet.net.mx.

Recibido: agosto, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

La calidad de vida es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en el que viven, y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Su medición en relación con la salud es una novedosa forma de evaluar la percepción que pacientes e individuos tienen de su calidad de vida.¹

La vida actual, con aumento en la longevidad, no necesariamente se relaciona con mejor calidad de vida, ya que también existen múltiples factores estresantes a

los que está expuesta la mayoría de los seres humanos. Se sabe que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida.²

Para poder evaluarla, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como situación económica. Por ello se concibe según un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, grupo a grupo y lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que pueden experimentar las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”.³

OBJETIVO

Valorar la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, en Zapopan, Jalisco, México, mediante la herramienta PECVEC.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los médicos residentes que ingresaron al primer año del curso de la especialidad medicoquirúrgica en el Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, Jalisco, México, en el periodo de marzo de 2004 a marzo de 2005.

La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario, en versión castellana, del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC, o *Profil Der Lebensqualität Chronischkranker* / *Profile of Quality of Life in the Chronically Ill*, PLC) que está validado en castellano para enfermos crónicos y personas sanas.

Criterios de inclusión

Todo médico de primer ingreso al programa de la especialidad medicoquirúrgica en el Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, Jalisco, México, a partir de marzo de 2004 y hasta marzo de 2005, que consintió participar y cumplió con las tres mediciones necesarias.

Herramienta de trabajo

Cuestionario Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PEVEC), denominación castellana del ori-

ginal alemán *Profil der Lebensqualität Chronischkranker* (PLC).

Análisis estadístico

Se realizó mediante el programa informático integral desarrollado para este trabajo por los autores de la versión castellana del PECVEC, en el área de medicina preventiva y salud pública de la Universidad de Oviedo. Se determinaron: cálculo de las escalas del PECVEC, comparación entre grupos de personas, análisis de la evolución de individuos, grupos o ambos a lo largo del tiempo, resumen de características sociodemográficas, control de factores de confusión y elaboración de gráficos, entre otros. Se utilizó la *t* de Student y se consideró estadísticamente significativa si la *p* era menor de 0.001.

RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo entre febrero de 2004 y febrero de 2005. La población de estudio se conformó por todos los médicos que ingresaron al curso de la especialización medicoquirúrgica del Hospital General de Occidente (muestra de 30 residentes), y no hubo casos perdidos.

El promedio del tiempo empleado por el grupo para contestar el cuestionario aplicado fue de 13 minutos. La edad media de la muestra fue de 25.7 años, en el rango etario de más de 16 y menos de 30 años. En la distribución por género hubo mayor prevalencia de mujeres (19, 63.3%) que de hombres (11, 36.7%). En el estado civil hubo predominio de solteros (22, 74%), con sólo 8 casados (26%). En la primera aproximación a la calidad de vida relacionada con la salud del grupo, durante los primeros días de su ingreso al periodo de adiestramiento hospitalario, considerada como referencia o basal para su posterior seguimiento, se

Cuadro 1. Resultados de las tres mediciones

Percepción de la CVRS	Medición 1	Medición 2	Medición 3
Mala	0 (0%)	1 (3.32%)	0 (0%)
Regular	2 (6.67%)	10 (33.32%)	7 (23.32%)
Buena	4 (13.32%)	16 (53.32%)	18 (60%)
Muy buena	24 (80%)	3 (10%)	5 (16.67%)

CVRS: calidad de vida respecto de la salud.

encontró un valor global de muy buena y buena casi en todas las proporciones de las puntuaciones de las escalas que marca el PECVEC, y se alcanzó un porcentaje de hasta 93% del total. Seis meses después, al aplicar la segunda evaluación, esta percepción de la calidad de vida descendió de manera importante y la mayor proporción se situó en los rubros de buena y regular (63% conservó su percepción en buena y sólo tres médicos la evaluaron como muy buena). En la última aplicación del cuestionario, el grupo en general siguió evaluando su calidad de vida como buena y regular (76% se ubicó en buena y muy buena, cuadro 1).

Cuando se hizo el análisis estadístico mediante la *t* de Student para muestras pareadas, se encontró un valor de *p* con alta significación estadística entre la primera y segunda mediciones (en todas las escalas de la calidad de vida respecto de la salud), que fue notorio en las funciones física (27 residentes empeoraron sus puntuaciones) y psicológica (25 médicos con detrimento, cuadro 2).

Durante el mismo análisis estadístico entre la segunda y tercer mediciones no se encontró significación estadística en ninguna de las escalas estudiadas (cuadro 3).

El apartado de *Función social* fue el más afectado, su descenso en la puntuación media es notable: de 3.37 basal a 1.92 en el seguimiento entre la primera y la segunda mediciones. En la tercera hubo variación de la mejoría pero sin significación estadística. El que más decreció fue la *Función física*, con decremento en las medias desde 3.44 hasta 2.07 entre la primera aplicación y las restantes.

La tercera escala que más disminuyó respecto de la desviación estándar fue la *Función psicológica*.

Si se comparan los resultados entre hombres y mujeres de todas las escalas, invariablemente las

puntuaciones obtenidas por las mujeres en las tres mediciones fueron más bajas, aunque no necesariamente rebasaron la desviación estándar.

Consistencia interna

La fiabilidad de la información obtenida con el cuestionario PECVEC en el grupo de estudio se confirmó con el coeficiente α de Cronbach.⁵ En las tres muestras se obtuvieron valores mayores a 0.70 en todas las escalas medidas, con promedio de 0.88 (cuadro 4).

DISCUSIÓN

La investigación sobre la calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como principio organizador que puede aplicarse a la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.⁶

El concepto de calidad de vida es una categoría que puede desglosarse en grados de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Y esto es así porque la calidad de vida no se mide, sino que se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual (que suponen a la educación). Cuando carece de educación, el individuo puede hacer, desear o disfrutar actividades que ponen en riesgo su salud o la de los demás, como ocurre con las adicciones y conductas sexuales de riesgo.⁷

Dicho concepto se define multidimensionalmente (bio-psico-social) y los instrumentos para medirlo, que se basan sobre todo en cuestionarios, experimentaron en los últimos años un importante progreso metodológico⁸ y están demostrando ser de gran utilidad para la evaluación diagnóstica, la valoración de necesidades, la asignación de recursos y la toma de decisiones, a pesar de las limitaciones que plantean (dificultades para su elaboración, problemas de fiabilidad y validez de algunos de ellos, necesidad de tiempo –de los profesionales de la salud y pacientes– para su respuesta, administración y valoración).

El mayor conocimiento de esta materia permitirá una utilización más racional de los instrumentos existentes, y su adaptación cultural, que ya han probado sus cualidades en otros países, así como la creación de instrumentos totalmente adaptados a las necesi-

Cuadro 2. *t* de Student para muestras repetidas (primera y segunda mediciones)

I.	Función física	- 10.9	***
II.	Función psicológica	- 8.44	***
III.	Estado de ánimo positivo	- 4.30	***
IV.	Estado de ánimo negativo	- 4.87	***
V.	Función social	- 11.6	***
VI.	Bienestar social	- 3.69	***

*** Significativa con $p < 0.001$.

Cuadro 3. t de Student para muestras repetidas (segunda y tercera mediciones)

I.	Función física	- 0.050	NS
II.	Función psicológica	0.647	NS
III.	Estado de ánimo positivo	- 0.155	NS
IV.	Estado de ánimo negativo	1.01	NS
V.	Función social	0.997	NS
VI.	Bienestar social	0.356	NS

NS: p no significativa.

dades potenciales de distintos colectivos. Para ello se requiere profundizar en la convergencia de campos científicos biomédicos y de las ciencias sociales.⁹

El hecho de que hasta hoy no exista trabajo alguno que trate específicamente de la calidad de vida en el personal de salud y, más en concreto, de médicos residentes de México (se ha tratado de vincular con el síndrome de *burnout* en publicaciones recientes¹⁰), motivó la realización de este estudio.

Los resultados sociodemográficos evidencian un grupo muy homogéneo en cuanto a edad, en México el promedio para ingresar a una especialidad médica está entre 25 y 30 años. También en el estado civil predominó el grupo de solteros. La distribución por género es mayoritaria para las mujeres, algo conforme con lo reportado en los ingresos a las carreras del área de ciencias de la salud, donde paulatinamente se ha invertido la proporción hombre-mujer en el último decenio (en 1980 los hombres representaban 57% de ingresos a carreras del área de la salud y para 1997 pasaron al 40%,¹¹ hoy las mujeres predominan en todas estas áreas).

Esta primera exploración de la calidad de vida respecto de la salud entre los residentes de medicina al comienzo de su adiestramiento arrojó resultados previsibles, por ser un grupo joven y con altas expectativas al momento. Obtener un lugar para efectuar el curso de especialidad médica es todo un logro en México: en 2003, 20,182 médicos presentaron el examen de selección en todo el país, de éstos sólo 4,501 fueron aceptados; para 2004 el número de concursantes a una de las 3,908 plazas de residencia médica fue de 21,643.¹²

En la segunda medición del grupo, la calidad de vida respecto de la salud inicial sufrió un decremento significativo en todas las escalas de sus dimensiones,

y cuando se revisó por género y estado civil el empeoramiento fue constante (en todos los rubros este cambio tuvo significación estadística).

Quizá su explicación se deba a la precariedad laboral y el futuro incierto en que están inmersos los médicos residentes. Este panorama laboral, probable causa del proceso, se refleja en los siguientes aspectos:

Gran sobrecarga de trabajo en las actividades asistencial y académica: se calcula que en promedio trabajan 80 horas semanales sólo en la actividad asistencial hospitalaria, independiente de las labores extrahospitalarias.^{13,14}

Ausencia de horario fijo como en la mayor parte de los otros trabajos: desde que firman su contrato de becarios se establece que es de tiempo completo en la dependencia hospitalaria, y esto afecta diferentes dimensiones de su calidad de vida.¹⁵

Trastornos del ciclo sueño-vigilia por la sobrecarga física (trabajan todo el día).^{12,16} En general, manifiestan algún grado de alteración del sueño (como lo demuestran los ítems respectivos del cuestionario). Está demostrado que los trastornos en el ciclo sueño-vigilia afectan significativamente el rendimiento físico, psicológico y social.^{4,17}

Numerosos estudios han demostrado que la educación médica, en todos los grados, es muy exigente y estresante,¹⁸ y en residencias médicas más, por estar en contacto con problemas de resolución urgente, además de que los hospitales oficiales casi nunca cuentan con todos los recursos para brindar atención adecuada.¹⁹⁻²¹ Existen propuestas enérgicas en el sentido de reducir estos horarios de trabajo^{16,22} con el fin de mejorar la calidad de vida de los médicos y la atención médica a los pacientes.

En la evolución de la percepción de esta calidad de vida, los cambios son estadísticamente significativos entre las cuatro semanas y los seis meses,^{5,23} y se estabilizan de los seis meses en adelante.

Hay una firme, clara y constante disminución en el promedio de calificación a las mujeres respecto de los hombres en todas las escalas y mediciones. Un hecho que se repite persistentemente en otras investigaciones.^{24,25}

La media del coeficiente α de Cronbach fue mayor a 0.80, lo que confirma la confiabilidad del cuestionario

Cuadro 4. Coeficiente α de Cronbach en las tres mediciones

<i>Medición</i>		1	2	3
I.	Función física	0.810	0.875	0.874
II.	Función psicológica	0.918	0.868	0.880
III.	Estado de ánimo positivo	0.875	0.895	0.850
IV.	Estado de ánimo negativo	0.861	0.932	0.884
V.	Función social	0.940	0.779	0.796
VI.	Bienestar social	0.828	0.712	0.817

para estudios grupales en evolución, algo ya reportado en múltiples estudios,²⁶ y también revela consistencia interna y fiabilidad del instrumento.

Un estudio valoró la calidad de vida de los médicos residentes argentinos,²⁷ con resultados similares a los de este estudio aunque con una sola medición, lo que impidió ver la evolución del residente después de un año, valoración que sí se realizó en este estudio y que permitió observar la recuperación en la percepción de la calidad de vida.

Con las limitaciones en esta área de la investigación (de relativa nueva creación), la falta de estudios similares y el hecho de que el grupo de residentes aquí evaluados no constituyó una muestra representativa, estos datos deben tomarse como una aproximación al conocimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en el personal de salud.

CONCLUSIONES

La percepción que los médicos residentes tuvieron de su calidad de vida respecto de la salud tuvo un descenso estadísticamente significativo a los seis meses de la primera evaluación, y en la tercera (12 meses) los cambios negativos se estabilizaron y hubo tendencia a la mejoría en las diferentes escalas, aunque sin significación estadística. El grupo no recuperó su estado basal de calidad de vida después de los 12 meses de seguimiento, aunque todas las escalas sufrieron cambios estadísticamente significativos entre la primera y la segunda mediciones. Los rubros más afectados fueron: función social, función física y función psicológica, y el menos afectado fue el de bienestar social. La probable causa de este decremento es la precariedad laboral. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los hombres en todas las

escalas y en las tres mediciones. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros. No se encontraron diferencias significativas entre solteros y casados. La confiabilidad del instrumento en el estudio de este grupo fue muy satisfactoria y se comprobó una muy buena consistencia interna del cuestionario aplicado.

REFERENCIAS

1. Maldonado C. Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de la vida. En: Maturana H, Montt J, Maldonado C, Da Costa M, Franco S, eds. Bioética: la calidad de vida en el siglo XXI. Bogotá: El Bosque, 2000;pp:41-64.
2. Grau J, González U. Ética, calidad de vida y psicología de la salud. Ponencia del IV Congreso Nacional de Psicología en Santiago de Chile, Chile, 1997.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):835-40.
4. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Siegrist J. El perfil de la calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar el bienestar y el funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2001;28(10):680-9.
5. Felce D, Perry J. Quality of life: it's definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* 1995;16(1):51-74.
6. Schalock RL. The quality of children's lives. In: Fine AH, Fine NM, eds. Therapeutic recreation for exceptional children. Let me in, I want to play. 2nd ed. Chicago: Charles C. Thomas, 1996.
7. González Pérez J. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2002;28:157-75.
8. Schalock R, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, 2003;p:67.
9. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272(8):619-26.
10. Sosa Espinoza PV, Tovar Serrano A, Torres Erazo DS, García Martínez MA. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes. Resúmenes del XXVII Congreso Nacional de Medicina Interna. *Med Int Méx* 2004;20:S1-S4.
11. González M. Cada vez hay más mujeres en la educación superior. *Gaceta Universitaria* 2001;2:12.
12. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep

- loss and fatigue in residency training: a reappraisal. JAMA 2002;288(9):1116-24.
13. Powers SA, Myers EJ, Tingle RL, Powers CJ. Wellness, perceived stress, mattering, and marital satisfaction among medical residents and their spouses: implications for education and counseling. The Family Journal 2004;12(1):26-36.
 14. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cirugía Española 2004;76(2):71-7.
 15. Ofri D. Residency regulations-resisting our reflexes. N Engl J Med 2004;351(18):1824-6.
 16. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004;351(18):1829-37.
 17. Tonon G. Calidad de vida y desgaste profesional. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2004;pp:11-20.
 18. Fernández López JA, Hernández Mejía R (traductores). Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC, versión española del Profile del Lebensqualität Cronischkranker (PCL) de Siegrist J, Broer M, Junge A. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1997.
 19. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Wilson BS, Morris JR. The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measures. Int J Health Serv 1976;6:393-415.
 20. Daigler GE, Welliver RC, Stapleton FB. New York regulation of residents' working conditions. 1 year's experience. Am J Dis Chil 1990;144(7):799-804.
 21. Baldwin DC, Daugherty SR, Tsai R, Scotti JM. A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty. Acad Med 2003;78(11):1154-61.
 22. Lewis FR. Should we limit resident work hours? Ann Surg 2003;237(4):458-9.
 23. De los Ríos Castillo JL, Sánchez Sosa JJ, Barrios Santiago P, Guerrero Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2. Rev Med IMSS 2004;42(2):109-16.
 24. Focerrada M. La responsabilidad del médico ante los niños enfermos de padecimiento amenazante para la vida o para la calidad de ésta y en la etapa terminal de las enfermedades. Rev Med IMSS 1991;29:33-6.
 25. López GA, Vlois FL, Arias GJ, Alonso VF, Cárdenas NR, Villasis KMA. Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Bol Med Infant Mex 1996;112-22.
 26. Cardiel MH, Abello-Banfi M, Ruiz-Mercado R, Alarcon-Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis non-English speaking patient: validation of Spanish version of the health assessment questionnaire disability index. Clin Exp Rheumatol 1993;11(2):117-21.
 27. Albanesi S. Residencias médicas argentinas y calidad de vida. Vertex Rev Arg Psq 2005;XVI(62):12-16.

Boletín del Colegio de Medicina Interna de México, A.C.

Continúan las mejoras de la página web del CMIM, ampliando y actualizando la información contenida para beneficio de todos los socios.

Te invitamos a que la visites y si consideras necesario incorporar alguna sección, hazlo saber directamente a nuestra dirección

www.cmim.org