

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DE INTERNADO ROTATIVO EN COMPARACIÓN
CON LOS ESTUDIANTES DE OTROS NIVELES DE LA MISMA CARRERA, EN LA CIUDAD DE
QUITO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

LUNA ANDRADE NATALIA MARGARITA

**Directores:
Dr. Antonio Crespo
Dr. José Sola**

Quito, Abril 2013

Tabla de contenidos

Resumen.....	1
Abstract.....	4

Capítulo I

1.1 Introducción.....	7
-----------------------	---

Capítulo II

2. Marco teórico.....	10
2.1 Calidad de vida.....	10
2.1.1 Concepto de calidad de vida.....	10
2.1.2 Historia y ética de la calidad de vida.....	12
2.1.3 Dimensiones de la calidad de vida y factores de evaluación.....	17
2.1.4 Evaluación de la calidad de vida: SF-36.....	18
2.2 Estrés.....	25
2.2.1 Concepto de estrés.....	25
2.2.2 Entorno social e histórico.....	26
2.2.3 Fisiología del estrés	30
2.2.4 Adaptación al estrés.....	33
2.2.5 Consecuencias del estrés.....	34
2.3 Estudiantes de Medicina.....	39
2.3.1 Facultad de medicina en la PUCE.....	39
2.3.2 Factores estresantes dentro de la carrera médica.....	42
2.3.3 Impacto sobre los servicios de salud.....	47

Capítulo III

3. Métodos.....	50
3.1 Objetivos.....	50
3.1.1 Objetivo general.....	50
3.1.2 Objetivos específicos.....	50
3.2 Hipótesis.....	50
3.3 Muestra.....	50
3.4 Tipo de estudio.....	52
3.4.1 Procedimiento de recolección de información.....	52

3.4.2 Criterios de inclusión.....	52
3.4.3 Criterios de exclusión.....	52
3.5 Instrumentos.....	52
3.6 Plan de análisis de datos.....	54
3.7 Aspectos bioéticos.....	54

Capítulo IV

4. Resultados.....	56
4.1 Descripción de la población.....	56
4.2 Problemas en el estudio.....	60
4.2.1 Percepción del propio bienestar.....	60
4.2.2 Satisfacción / Insatisfacción en el trabajo y la elección de carrera.....	61
4.2.3 Vida Privada.....	67
4.2.4 Actividades recreativas y control del estrés.....	70
4.2.5 Modo de vida en relación a la salud.....	73
4.2.6 Manejo del estrés.....	80
4.2.7 Postgrado.....	83
4.3 SF-36.....	85
4.4 Comparación de grupos.....	86

Capítulo V

5.1 Discusión.....	91
5.2 Conclusiones.....	98
5.3 Limitaciones	98
5.4 Recomendaciones.....	100

Capítulo VI

6. Bibliografía.....	103
----------------------	-----

7. Anexos

7.1 Anexo I: Encuestas.....	112
7.2 Anexo II: Tablas.....	133

Índice de tablas

Tabla 01 Factores valorables de la calidad de vida.....	17
Tabla 02 Significado de las puntuaciones obtenidas en el SF-36.....	24
Tabla 03 Tipos de estrés y sus consecuencias.....	26
Tabla 04 Escala de los eventos vitales de Holmes y Rahe.....	29
Tabla 05 Síntomas que se presentan frente al estrés negativo.....	36
Tabla 06 Afectación por sistemas	36
Tabla 07 Distribución por niveles de estudiantes matriculados en la facultad de medicina en la PUCE en el primer semestre del año 2012.....	51
Tabla 08 Distribución por género de los estudiantes de medicina.....	56
Tabla 09 Características antropométricas de los estudiantes de medicina.....	58
Tabla 10 Situación de vivienda/ alojamiento actual de los estudiantes de medicina.....	59
Tabla 11 Puntajes obtenidos en las escalas evaluadas por el SF-36.....	86
Tabla 12 Resultados de la relación entre cursar el internado rotativo y la satisfacción en diferentes aspectos de su vida.....	89
Tabla 13 Distribución de la muestra.....	133
Tabla 14 Edad de acuerdo a la distribución por género de la muestra.....	133
Tabla 15 Distribución según el estado civil.....	134
Tabla 16 Percepción del propio bienestar.....	134
Tabla 17 Promedio de horas dedicadas al estudio y al trabajo.....	135
Tabla 18 Percepción de sobrecarga de trabajo.....	136
Tabla 19 Percepción sobre sentirse bajo presión de tiempo.....	136
Tabla 20 Satisfacción con la carrera que estudia.....	137
Tabla 21 Temor sobre el futuro a causa de la profesión que ejercerá.....	137
Tabla 22 Escogería nuevamente la carrera que estudia ahora.....	138
Tabla 23 Motivos por los cuales decidió estudiar la carrera de medicina.....	138
Tabla 24 Satisfacción con su vida en general.....	139
Tabla 25 Pareja estable.....	139
Tabla 26 Pareja es parte del círculo médico.....	140
Tabla 27 Satisfacción con su tiempo libre.....	140
Tabla 28 Promedio del número de amigos cercanos.....	141
Tabla 29 Satisfacción con su círculo de amigos.....	141
Tabla 30 Satisfacción con su vida privada.....	142
Tabla 31 Piensa que tiene tiempo para realizar actividades recreativas o descansar.....	142

Tabla 32 Tiene la capacidad para relajarse y descansar cuando se presenta la oportunidad de hacerlo.....	143
Tabla 33 Número de horas que duerme al día.....	143
Tabla 34 Satisfacción con sus hábitos de dormir.....	144
Tabla 35 Presenta dificultades para dormir.....	144
Tabla 36 Control del estrés.....	146
Tabla 37 Consumo de tabaco.....	147
Tabla 38 Consumo de alcohol.....	147
Tabla 39 Cantidad de consumo de alcohol.....	148
Tabla 40 Consumo de cafeína.....	148
Tabla 41 Consumo de medicamentos.....	149
Tabla 42 Realiza deporte.....	149
Tabla 43 Horas semanales dedicadas a realizar ejercicio.....	150
Tabla 44 Deportes practicados.....	151
Tabla 45 Satisfacción con sus hábitos alimenticios.....	152
Tabla 46 Considera su alimentación equilibrada.....	152
Tabla 47 Satisfacción con su peso.....	153
Tabla 48 Considera su carrera útil para vivir más saludablemente.....	153
Tabla 49 Piensa que su estilo de vida favorece o perjudica su salud.....	155
Tabla 50 Razones por las cuales considera que su estilo de vida perjudica su salud.....	156
Tabla 51 Cuenta con estrategias para controlar el estrés.....	167
Tabla 52 Estrategias con las cuales combate el estrés.....	158
Tabla 53 Considera que tendría sentido ofrecer un curso sobre el estrés.....	159
Tabla 54 Asistiría a un curso sobre el estrés.....	160
Tabla 55 Se siente satisfecho con sus técnicas de estudio.....	162
Tabla 56 Que quisiera mejorar en cuanto a sus técnicas de estudio.....	163
Tabla 57 Desea realizar su especialidad en el Ecuador.....	164
Tabla 58 Donde desea realizar su especialización.....	165
Tabla 59 Promedios SF-36 en Dimensión Mental y Física.....	166
Tabla 60 Relación entre cursar el internado rotativo y estados de estrés	166

Índice de gráficos

Gráfico 01 Niveles que componen el SF-36.....	21
Gráfico 02 Distribución por género de estudiantes de medicina.....	57
Gráfico 03 Percepción del propio bienestar.....	60
Gráfico 04 ¿Se siente Ud. sobrecargado a causa de la cantidad de trabajo que se exige de usted?	62
Gráfico 05 ¿Se siente usted bajo presión de tiempo?.....	63
Gráfico 06 ¿Se siente usted satisfecho con la carrera que sigue al momento?.....	64
Gráfico 07 ¿Experimenta usted algún temor a futuro a causa de la profesión que ejercerá más tarde?.....	65
Gráfico 08 ¿Escogería usted nuevamente la carrera que estudia ahora, si tuviese otra vez la oportunidad de decidir al respecto?.....	66
Gráfico 09 Motivos para ingresar a la facultad de medicina.....	67
Gráfico 10 ¿Se siente usted satisfecho con su vida en general?.....	68
Gráfico 11 ¿Se encuentra usted satisfecho con su tiempo libre?	69
Gráfico 12 ¿Se siente usted bien/cómodo en su vida privada?.....	70
Gráfico 13 ¿Dispone usted de suficiente tiempo para actividades recreativas / de descanso?.....	71
Gráfico 14 ¿Se siente usted en capacidad de relajarse, de descansar, cuando se le presenta la oportunidad de hacerlo?.....	71
Gráfico 15 ¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus hábitos de dormir?.....	72
Gráfico 16 Consumo de sustancias en estudiantes de medicina.....	75
Gráfico 17 Tipo de deporte practicado por los estudiantes de medicina.....	76
Gráfico 18 ¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus hábitos alimenticios?.....	77
Gráfico 19 ¿Su alimentación es equilibrada?.....	78
Gráfico 20 ¿Se encuentra usted satisfecho/a con su peso?.....	79
Gráfico 21 ¿Según su criterio personal, cuenta usted con estrategias adecuadas para controlar/superar el estrés?.....	80
Gráfico 22 Estrategias para controlar/superar el estrés.....	81
Gráfico 23 ¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus técnicas de estudio?.....	82
Gráfico 24 ¿Qué es lo que usted más quisiera mejorar en lo que respecta a sus técnicas de estudio?.....	83
Gráfico 25 Destinos mencionados para realizar el postgrado/especialidad.....	84
Gráfico 26 Dimensiones del SF 36.....	85
Gráfico 27 Escalas evaluadas en el SF 36.....	87
Gráfico 28 Horas semanales dedicadas al estudio y al trabajo.....	135
Gráfico 29 ¿Se encuentra usted satisfecho con la calidad de su círculo de conocidos y amigos?.....	141
Gráfico 30 ¿Sufre usted de desórdenes de sueño/dificultades al dormir?.....	145
Gráfico 31 ¿Usted se ejercita, realiza alguna actividad deportiva con regularidad?.....	150
Gráfico 32 ¿Cree usted que su carrera le es útil a usted mismo/a, para vivir más saludablemente?.....	154

Gráfico 33 ¿Piensa usted que su estilo de vida personal favorece o perjudica su salud?....	155
Gráfico 34 Razones por las cuales su estilo de vida le favorece o le perjudica.....	156
Gráfico 35 ¿Tendría sentido que se ofrezca un curso específicamente dirigido a estudiantes en lo que se refiere al control/superación del estrés?.....	160
Gráfico 36 ¿Asistiría a un curso sobre el estrés?.....	161
Gráfico 37 ¿Desea realizar sus estudios de especialidad/postgrado en el Ecuador?.....	164

ABREVIATURAS PRESENTES EN EL TEXTO.

- ABP: Aprendizaje Basado en Problemas
- BMI: Body mass index
- CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- Células NK: Natural Killer
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- MOS: Medical Outcome Study
- NEW: Net Economic Welfare
- NNW: Net National Welfare
- NSFHS: National Survey of Functional Health Status
- OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PNB: Producto Interno Bruto
- PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- QOL: Quality of life
- RAND: Research and Development Corporation (entidad financiada por agencias privadas y gubernamentales en los Estados Unidos)
- SF-36: Short Form - 36: Instrumento genérico para valorar la calidad de vida en una población
- UCLA: University of California, Los Angeles

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es examinar la calidad de vida de los estudiantes de Internado Rotativo de la Facultad de Medicina en la PUCE durante el primer semestre del año 2012 y distinguir los factores que se asocian al aumento de estrés y disminución de su calidad de vida; para así poder comparar los parámetros evaluados en ellos con los estudiantes que cursan los primeros cinco años de carrera en la misma universidad.

Tipo de estudio: Descriptivo exploratorio de corte transversal.

Muestra: Se calculó una muestra total de 357 estudiantes, específicamente 119 alumnos de internado rotativo y 238 pertenecientes a los primeros años de carrera; distribuidos proporcionalmente según el número de alumnos en cada nivel. De la muestra calculada se recibió el 80% (286) de los cuestionarios debidamente respondidos, los cuales fueron incluidos en el análisis.

Materiales y Métodos: Durante el primer semestre del año 2012 se proporcionó a los estudiantes de medicina en la PUCE una amplia encuesta compuesta por la versión española estándar del SF-36 y el cuestionario "Superación / Control del estrés y Calidad de Vida en los estudios de Medicina" diseñado por Jurkat (2009) en el Instituto de Medicina Psicosomática de la Justus-Liebig Universität de Giessen- Alemania; del cual se excluyeron 10 preguntas relacionadas con el área específica de estudios por no ser aplicables a la realidad ecuatoriana y se agregó dos preguntas referentes a la migración de profesionales.

Para el análisis de los datos se utilizó la herramienta IBM SPSS STATISTICS Copyright 1989, Inc. Versión 17.1 y Microsoft Excel Versión 14.0.6106.5005; en el caso de las variables cuantitativas se calculó la media, mediana y moda; para las variables cualitativas se utilizaron proporciones y su correlación se analizó con la prueba de chi cuadrado.

Resultados: El análisis se realizó a partir de 82 encuestas pertenecientes a estudiantes de internado rotativo y a 204 encuestas de estudiantes de otros niveles. De la población encuestada con un rango de edad entre 17 y 33 años, la mayoría fueron mujeres con una proporción de 1,3:1 en relación a los hombres. En cuanto a sus características antropométricas, el IMC para las mujeres de ambos grupos es de 22; en el caso de los hombres el IMC de los estudiantes de internado es de 24 y el del segundo grupo es de 22, debido a que los estudiantes de internado pesan en promedio 5,83 kilos más; sin embargo el consenso entre los estudiantes de la facultad es que se sienten “parcialmente” satisfechos con sus hábitos alimenticios (52,8%) y su peso (38,5%). Sobre su estado civil se encontró que el 95,8% de los estudiantes son solteros y el 78% vive con sus padres. Referente a los problemas encontrados dentro de la carrera médica los estudiantes de internado reportaron que dedican 67,32 horas a la semana a el estudio (21 horas más que los estudiantes de otros niveles), 11,76 horas a un trabajo adicional (9 horas más que los estudiantes de otros niveles), que duermen un promedio de 4,95 horas diarias (media hora menos que los estudiantes de otros niveles) y realizan ejercicio 2,87 horas a la semana (media hora más que los estudiantes de otros niveles). Bajo este horario los estudiantes de internado se sienten “muy” sobrecargados de trabajo en su mayoría (31,7%), se sienten “constantemente” (67,1%) bajo presión de tiempo y en comparación con los estudiantes que cursan los primeros años de la carrera se sienten menos satisfechos con su carrera y

experimentan en mayor proporción temor a futuro a causa de la profesión que ejercerán más tarde. Su percepción sobre su propio bienestar, su vida privada y su círculo de amigos es en general de carácter positivo en la gran mayoría de los estudiantes de la facultad.

Conclusiones: A través de este estudio encontramos que el ser estudiante de internado rotativo en la facultad de medicina no es un factor de riesgo en comparación con los estudiantes de semestres inferiores puesto que no hay una asociación significativa entre el primer grupo y mayores niveles de estrés o percepción de baja calidad de vida. Se evidenció que la percepción de los estudiantes sobre su calidad de vida es de carácter positivo a pesar de tener factores asociados a altos nivel de estrés como: sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, insatisfacción con su tiempo libre, falta de tiempo para actividades recreativas o de descanso; y factores asociados a baja calidad de vida como: dormir pocas horas, insatisfacción con sus hábitos de sueño, consumo de alcohol, tabaco y cafeína e inactividad física.

Palabras clave: Estudiantes de medicina, internado rotativo, calidad de vida, estrés, bienestar, percepción, satisfacción.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the QOL of interns from the Faculty of Medicine at the Pontifical Catholic University of Ecuador during the first semester of 2012, and distinguish the factors that associate with increased stress and decreased quality of life in order to compare their evaluated parameters with students who attend the same career in their first five years.

Type of study: Cross-sectional descriptive exploratory.

Sample: A total sample of 357 students was calculated, specifically: 119 interns and 238 students from first to fifth year proportionally distributed according to the number of students attending each level. From the final simple 80% (286) questionnaires were answered, returned and included in the analysis.

Materials and Methods: During the first semester of 2012 a wide survey was provided to medical students at the Pontifical Catholic University of Ecuador. The questionnaire contained the standard Spanish version of the SF-36 and the “Stress Management and Quality of Life during Medical studies” designed by Jurkat (2009) at the Institute of Psychosomatic Medicine from the Justus-Liebig-Universität in Giessen Germany; 10 questions from this last questionnaire were excluded because they were not applicable to Ecuador and 2 questions concerning migration were added. IBM SPSS Statistics Copyright 1989 and Microsoft Excel version 14.0.6106.5005 were the tools used for data analysis. In the case of quantitative variables mean, median and mode were calculated and for the

qualitative variables proportions and their correlation was analyzed with the chi-square test.

Results: The analysis was performed with 82 surveys from interns and 204 students from the remaining semesters. The surveyed population had an age range between 17 and 33 years, most of them were women with a 1,3:1 ratio in relation to men. Regarding anthropometric characteristics BMI for women in both groups is 22 and in the case of men, interns' BMI is 24 while in the younger group is 22, mainly because interns weigh on average 5.83 kilos more. Despite this last issue both groups reach a consensus as they are "partially" satisfied with their eating habits (52.8%) and weight (38.5%). It was found that 95.8% of students are single and 78% live at home with their parents. Referring to the problems encountered in their medical studies interns reported they spend: 67.32 hours a week studying (21 hours more than the students at other levels), 11.76 hours at an additional work (9 hours more than students at other levels), 4.95 hours sleeping (half an hour less than students at other levels) and 2.87 hours exercising (half an hour more than students at other levels). Under this circumstances most interns feel "very" work overloaded (31.7%), "constantly" under time pressure (67.1%) and compared to students enrolled in the first five years of medical school interns are less satisfied with their career and a greater proportion experience fear of their future because of the profession they will exercise later. The perception of health, well-being and their private life is generally positive in the vast majority of students in the faculty.

Conclusions: Through this study we found that attending the final year is not a risk factor compared with attending the first five years of medical school since there is not a significant association between the first group and higher stress levels or poor quality of life perception. We evidenced that the students' perception of their quality of life is positive despite reporting factors associated with high levels of stress as: work overload, time pressure, dissatisfaction with their free time, lack of time to rest or for leisure activities; and factors associated with poor quality of life like: few hours to sleep, dissatisfaction with their sleep habits, consumption of alcohol, tobacco, caffeine and physical inactivity.

Keywords: Medical students, interns, quality of life, stress, well-being, perception, satisfaction.

CAPITULO I

1.1 Introducción

La Universidad es un ambiente que forma gran parte de la vida cotidiana del estudiante, en ella las personas aprenden, trabajan y viven; es por esto que resulta un importante espacio que puede utilizarse y contribuir notablemente a la mejora y promoción de la salud para el bienestar de su población. (40)

Cuando revisamos estadísticas correspondientes a la salud mental de los estudiantes de medicina, encontramos que la proporción de estudiantes que se retiran de la carrera se encuentra alrededor del 10%, el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes y el abuso de sustancias es más común en este grupo que en la población general; se ha estimado que la mitad de los estudiantes que se gradúan eventualmente necesitarán ayuda psicológica en el futuro. (39)

En el siguiente paso de la formación médica la situación resulta más dramática ya que los residentes muestran niveles de estrés más altos y peor calidad de vida en relación con los estudiantes de pregrado; se conoce que en el proceso de formación estos individuos desarrollan roles ambiguos, periodos de transición, aislamiento social y severos trastornos del sueño. Varios estudios muestran que un tercio de los residentes tiene episodios frecuentes y severos de agotamiento emocional, depresión y el 25% de ellos tiene ideas suicidas. (39)

El análisis de los datos existentes sobre los residentes apunta a que hay una alta prevalencia de angustia en los médicos al iniciar su especialidad (en todas las áreas), lo cual sugiere que muchos de los problemas son heredados de los años pasados en la universidad

y que se encuentran presentes incluso antes de comenzar el entrenamiento de especialista. (48)

Los datos estadísticos de salud mental en médicos especialistas tampoco son alentadores, las visitas al psiquiatra son diez veces más que las de los grupos controles, la tasa de suicidios es tres veces mayor que la de la población general y el abuso de sustancias (según diferentes estudios) es de 30 a 100 veces mayor que la población general. (39)

Desde sus inicios en la formación médica, las emociones y los sentimientos de los estudiantes son ocultados para mantener el control frente a las grandes demandas que se hace de ellos y para mantener el nivel de energía requerida en llevar todas sus tareas a cabo. (39)

Dentro de los mecanismos de adaptación, retirarse de la vida familiar y social es probablemente la más practicada. El gran problema de esta práctica es que mientras el fracaso en el ámbito profesional resulta en decepción y desilusión, el fracaso en el área social y familiar resulta en angustia y pena. (39)

Históricamente se ha desarrollado modelos sociales de profesionales devotos que sacrifican su vida personal para ganar el respeto de sus colegas y pacientes. Profesionales generalmente atrapados en un defensivo modelo presumido y autoritario que la sociedad no les permite abandonar (por ejemplo en eventos sociales donde se cuenta con que el médico responda preguntas médicas e indulgentemente analice el cuadro clínico cuando una persona describe un síntoma). (39)

Desde tempranas etapas de la formación médica los estudiantes dicen ser percibidos como “débiles” si contemplan la posibilidad de concederse tiempo libre. (47)

Estas situaciones causan fatiga en el personaje médico que al no tener un espacio en el cual relajarse, equivocarse o escapar del ojo público opta por evadir eventos y rehuir a la compañía de personas que no comparten su profesión. (39)

A todo este problema se suma la renuencia de los médicos a exponer y discutir honestamente su situación, también llamada **conspiración de silencio**, la cual es uno de los mayores obstáculos en la investigación del tema. (39)

Durante su último año de formación en el pregrado los estudiantes se enfrentan por primera vez a grandes responsabilidades relacionadas al cuidado de pacientes, participan de manera regular y frecuente en turnos hospitalarios y piensan constantemente en su futuro; enfrentando algunas de las más grandes decisiones de su carrera como elegir una especialidad, aplicar a programas de postgrado ya sea dentro o fuera de su país de origen. (46)

Evaluando la situación tal como la describen las estadísticas, el estudio de la salud en el personal médico es imperativo y el diagnóstico temprano desde el inicio de la carrera médica es notablemente necesario para poder aminorar el impacto. (23)

Con un escenario establecido se puede implementar programas de intervención orientados a mejorar la calidad de vida en los estudiantes de medicina, futuros médicos tratantes, que por su puesto a su vez se espera tenga una impresión en los sistemas de salud. (23)

Esta idea no es nueva ya que en la antigua Atenas los doctores contaban entre sus labores primordiales el curar su mente y ayudarse a sí mismos antes de preocuparse de los demás. (50)

CAPITULO II

2 Marco Teórico

2.1 Calidad de Vida

2.1.1 Concepto de Calidad de Vida

La OMS en 1994 define Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive; en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. (1, 3, 4, 10, 25, 45)

Este concepto hace referencia a un esquema multidimensional que actúa en el campo físico, psicológico y social del individuo, lo cual se traduce en tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’; donde también se incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales. (1,2,3,12)

La noción de calidad se podría conceptuar como una adaptación entre las características de la realidad y las expectativas del individuo, las singularidades de las capacidades y necesidades del individuo; tal como las percibe él mismo y el grupo social. (9)

Teniendo en cuenta el amplio concepto propuesto por la OMS relacionado con cada una de las dimensiones y los factores particulares a los cuales hemos hecho referencia, se ha propuesto finalmente que cada sociedad define lo que entiende por calidad de vida (2), ya que tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean aquellos cuyas necesidades vitales están satisfechas, o cuando lo emplean hombres cuya principal preocupación es, cómo satisfacer sus necesidades básicas de: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación. (20)

Por lo tanto es sensato afirmar que calidad de vida es el resultado de la realización de juicios prudentiales sobre situaciones y circunstancias concretas, no es un término descriptivo sino valorativo. Esto significa que no es un hecho sino un valor, por lo tanto, resultado de un proceso de estimación o preferencia. (2, 20)

Dicho proceso de estimación o preferencia se guía en dos tipos de criterios básicos de introspección del individuo: (7, 8, 20)

- Criterio de realización, que consiste en el ejercicio de ciertas capacidades humanas (cognoscitivas, de creatividad, de vida independiente, de relación interpersonal).
- Criterio utilitarista, el cual se apoya en alguna noción de la utilidad que tiene la vida para el propio individuo, atendiendo al disfrute de ciertos estados emocionales o de satisfacción subjetiva.

La utilización del concepto “calidad de vida” permitirá valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuadas para acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable, libre, con equidad, moral y feliz. (7, 20)

Cabe mencionar que constantemente encontramos confusión al utilizar el concepto calidad de vida en relación a los términos de bienestar y felicidad. (12)

Primero, si bien la calidad de vida está asociada directamente al término bienestar o well-being, ciertamente éstos no son sinónimos. A pesar de la evolución del término well-being, el cual se entiende actualmente como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles y no sólo de su mera posesión, este no abarca todas las dimensiones que el concepto propuesto por la OMS sobre calidad de vida explica. (1, 12)

Segundo, la diferencia entre calidad de vida y felicidad radica en que para asegurar una mejor calidad de vida, es necesario garantizar condiciones para que las personas satisfagan sus necesidades humanas y, que la felicidad sea la actitud ante estas condiciones; es sentir ese bienestar; es la realización; es el resultado del progreso centrado en el ser humano, donde cada individuo puede desarrollar todos sus potenciales, vivir de acuerdo con su cultura y proyecto de vida. (9, 12)

Es importante evitar estas confusiones ya que el concepto de CVRS es utilizado como criterio de toma de decisiones en las siguientes áreas: (8, 10)

- Resoluciones clínicas
- Investigación con ensayos clínicos
- Genética y reproducción humana
- Evaluación de resultados sanitarios
- Distribución de recursos sanitarios escasos
- Programas sociopolíticos

2.1.2 Historia y ética de la Calidad de Vida

La vida como tal es un valor paradójico y conflictivo. La vida orgánica es un valor vital que en todas las culturas ha tenido siempre un rango inferior a otros valores, como los éticos y los religiosos, por eso siempre se ha considerado heroísmo o santidad el que alguien dé su vida por ayudar a sus semejantes o por defender las propias creencias. (2)

Históricamente, siempre se ha criticado la conducta de quienes traicionan sus creencias o principios morales para salvar la vida. El excesivo respeto a la vida puede resultar inmoral.

De ahí que siempre se hayan intentado establecer criterios que permitan decidir cuándo la vida entra en conflicto con los valores morales y cuando no. (2)

El más reciente de estos criterios es el de calidad de vida. Para que la vida posea además de un valor biológico otro moral y espiritual, es preciso que goce de una cierta calidad. (2, 20)

La historia de la calidad de vida no tiene muchos años, sus orígenes no se encuentran en la medicina sino en los métodos de control de calidad utilizados en procesos industriales en los años cuarenta. (2, 8, 20, 25)

El término “calidad de vida” deriva de la teoría de “calidad de materiales”, que se desarrolló a principios del siglo pasado, fue adoptado en los años sesenta por las ciencias humanas, inicialmente por la economía y la sociología, para luego hacer una entrada pública en la política durante los gobiernos estadounidenses de Kennedy y Johnson, quienes implementaron el término al diseñar sus respectivos programas: Nueva Frontera y Gran sociedad. (2, 20)

Johnson en su programa “La Gran Sociedad” afirma: *“La tarea de la Gran Sociedad está en asegurar a nuestro pueblo, el clima, las capacidades y las estructuras sociales que le darán oportunidad de perseguir su felicidad individual. Por ello la Gran Sociedad no se preocupa por el cuánto, sino por el cómo es bueno; no con la cantidad de bienes, sino con la calidad de nuestras vidas”*. (20)

Los primeros sujetos en preocuparse del tema eligieron el PNB ó Índice de riqueza de las naciones como indicador básico de la calidad de vida humana y de las sociedades; pero este índice económico tradicional resultó inadecuado (esto se puede ejemplificar al estudiar el incremento acelerado del PNB el cual puede provocar una degradación tal del medio natural que haga disminuir muy sensiblemente la calidad de vida de los hombres). De ahí que desde 1972 se hayan venido proponiendo correcciones a este índice y haya obligado a

los economistas y sociólogos a buscar nuevos índices como lo propone Max Weber en su libro “La ética protestante y el espíritu del capitalismo”. (2, 7, 8, 20)

En un principio pensaron que una evaluación dependiente de factores positivos (como la riqueza económica) y negativos (como la cantidad de la población) serían suficientes para evaluar la calidad de vida; y es así que estudiando el fenómeno ambiental que se puede desencadenar con el incremento acelerado del PNB, William Nordhaus y James Tobin construyeron un nuevo índice; el NNW, que Samuelson ha rebautizado como NEW. (2, 20)

El NNW o NEW se trata de un ajuste del PNB en el que se tienen en cuenta como factores negativos los inconvenientes de la urbanización, la contaminación encubierta y los costos ecológicos; y como factores positivos la disminución de las horas de trabajo y el aumento del ocio, que se los relaciona a satisfacciones psíquicas y culturales que aumentan el bienestar. (2, 20)

A partir de este nuevo índice, la OCDE elabora en 1970 los llamados “informes sociales”, “contabilidad social” o “estudios de nivel de vida” donde insiste en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida. (9, 12, 25)

Más adelante en 1986, el economista chileno Max-Neef y su equipo, proponen la teoría denominada “Desarrollo a Escala Humana”, la cual afirma que *“el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas”*; y respondiendo a qué determina la calidad de vida de las personas, dice que *“la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales”* (7, 9)

Neef y su equipo aclaran que siendo los individuos seres múltiples e independientes, las necesidades fundamentales son las de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. (9)

Esta teoría de Desarrollo a Escala Humana al incorporar el concepto de “necesidades fundamentales” abre un camino hacia el estudio de los individuos como seres múltiples e independientes, donde los criterios de calidad de vida no son absolutos, los fija cada individuo y su entorno; dependen de las opciones de valor de cada persona y de cada sociedad, poniendo de manifiesto que están profundamente condicionados por el medio cultural. (9,2)

A partir de este momento el término calidad de vida remite a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es únicamente un acto de razón, sino una incorporación de ésta a las emociones y sentimientos. (9)

Este proceso histórico donde la percepción del individuo es el eje de evaluación, plantea dudas en el campo filosófico, que respondiendo al desarrollo de los mencionados conceptos económicos y sociales propone asumir que la calidad de vida es un fin principal de la ética, es entender la ética como una búsqueda de la felicidad y de la vida buena. (8)

En las ideas actuales sobre calidad de vida se identifican tres componentes éticos distintos: (8)

- Componente Eudaimonista, de realización, cuya idea griega hace referencia a una actividad o estado de florecimiento humano perfecto.
- Componente Hedonista, de placer y felicidad, donde la vida buena se logra experimentando estados interiores satisfactorios.

- Componente Liberal, de bienestar material, donde la vida buena se logra teniendo libertad de elección y poseyendo el mayor bienestar material posible.

Incorporando los tres componentes éticos, esta calidad de vida se estructura tanto a un nivel público como privado. A nivel privado cada individuo define su propio sistema de valores, su concepto de vida y de calidad. Desde ahí establece el propio proyecto de vida. Esto es lo que hoy se llama ética de máximos, que en bioética se expresa en los principios de autonomía y beneficencia. (2, 20)

Al mismo tiempo, a nivel público, todos los miembros de una sociedad mediante el procedimiento de la voluntad general establecen un conjunto de valores que sean respetados por todos, aun coactivamente; aquí la definición general de calidad de vida que realiza la sociedad se expresa en forma de leyes. Esta dinámica se define como la ética civil, o ética de mínimos de una sociedad. En bioética se habla a este nivel de principios de no maleficencia y de justicia. La función del estado es gestionar esos mínimos de calidad que deben ser iguales para todos. (2, 20)

En el siglo XIX con el gran desarrollo de la biología molecular y la fisiología se dejó de ver al hombre como un ser complejo, se lo considera como una máquina fascinante (51), sin embargo aunque la medicina sigue las direcciones generales del pensamiento de una época (16), finalmente a principio de los ochenta llegó el concepto de calidad de vida a las ciencias biomédicas, buscando superar la insuficiencia de los índices exclusivamente orgánicos de salud y enfermedad. (8)

Tomando en cuenta las propuestas de la economía, sociología, política y filosofía la OMS establece un amplio concepto de salud y en 1991 establece una comisión para el estudio de la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud. (1, 25)

2.1.3 Dimensiones de la calidad de vida y factores de evaluación.

La calidad de vida rodea tres dimensiones: física, psíquica y social, y dentro de ellas se pueden identificar cuatro grupos de factores que incluyen componentes tanto subjetivos, como objetivos; materiales y no materiales; colectivos e individuales, los cuales pasan a ser aquellos factores valorables de la calidad de vida de un individuo. (1, 9, 10)

Tabla 01

Factores valorables de la calidad de vida.

Factores		Ejemplo
Materiales	Identifica los recursos individuales de la persona para su bienestar general	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos disponibles • Posición en el mercado de trabajo • Nivel de educación • Acceso a sistemas de salud, vivienda y posesiones
Ambientales	Identifica las características del medio que rodea al individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia y acceso a servicios básicos • Criminalidad y seguridad • Transporte y movilización • Condiciones básicas del hogar y contaminación ambiental
De relacionamiento	Examina el ámbito psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares y de pareja • Interacción con grupos sociales o religiosos • Círculo de trabajo o amistad y actividades en el tiempo libre
De orden socio-político	Incluye el aspecto colectivo y la perspectiva social	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas gubernamentales y legislativas que hagan referencia al cumplimiento de los derechos humanos

Realizado por: Luna Andrade

cuando se plantea la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se ha propuesto incluir nuevos aspectos que los modelos clásicos de factores relacionados a las dimensiones de la calidad de vida no contemplan, como: autocuidado, actividad física, comunicación, descanso, vitalidad, energía, dolor, problemas emocionales y mentales. (13)

2.1.4 Evaluación de la calidad de vida: SF-36

Idealmente “analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen. Exige considerar de manera imprescindible un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento”. (9)

Generalmente la calidad de vida se analiza a partir de indicadores de educación, vivienda, cifras de empleo, empleo informal, saneamiento básico y salud. (9)

Términos como bienestar, satisfacción y felicidad se pretenden interpretar indiscriminadamente con una connotación numérica; debido tal vez, a la dificultad de definir los términos y de medir aspectos tan subjetivos. (7, 9, 12, 13)

Dentro de la evaluación de la calidad de vida, preocupa mucho el peso de la carga variable de subjetividad, por eso los organismos internacionales relacionados con la salud han pretendido desarrollar métodos de evaluación que cumplan tres características esenciales: que sean válidos, reproducibles y confiables. Dichos métodos cuantitativos aparentemente objetivos, trabajan por medio de cuestionarios, los cuales generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. (7, 12,13)

Los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, desarrollados por las organizaciones internacionales son de dos tipos: (8)

- Cuestionarios rápidos de una sola pregunta: Pueden servir para seguir el curso de una enfermedad o para evaluar la respuesta a tratamientos. Pero, por ser demasiado globales y subjetivos, no permiten hacer comparaciones interindividuales, ni sirven para tomar decisiones.
- Índices y perfiles cuantitativos: Delimitan ciertos aspectos de la vida que dependen de los estados de salud, y atribuyen una puntuación al impacto sobre la calidad de vida que tiene cada situación así definida. Para aplicarlos se utilizan cuestionarios o entrevistas que deben tener ciertas propiedades psicométricas como: fiabilidad, validez, duración, facilidad de administración y de análisis.

Debido a que ningún instrumento o indicador puede tener en cuenta todos los aspectos, al momento de realizar una evaluación se selecciona los de mayor interés para un determinado propósito.

El SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, desarrollada de manera experimental en el año de 1988 y de manera estandarizada en el año de 1990 por la Corporación RAND. Se construyó a partir de un grupo de cuestionarios empleados en el MOS, en el cual se incluía 40 aspectos relacionados con la salud. A partir de su desarrollo experimental ha sido documentada en casi 4000 publicaciones a nivel mundial. Es aplicable tanto en pacientes de unidades de salud como en la población general. (14,15)

Para evaluar la CVRS en la población general ha demostrado gran utilidad y en los pacientes de las unidades de salud, es útil en subgrupos específicos para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. (14, 15)

El proyecto que tiene su base en Boston, inició realizando trabajos con investigadores de 14 países: Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Japón, Países Bajos, Noruega, España, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos. Adicionalmente la encuesta tiene una traducción en 40 idiomas con el objetivo de ser usada en más de 40 países. (14)

Haciendo referencia al periodo recordatorio hay 2 versiones del cuestionario: (15)

- Estándar: recordatorio de las últimas 4 semanas
- Agudo: recordatorio de la última semana

El cuestionario no se puede aplicar en niños, está dirigido a personas de 14 años en adelante, preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. (14)

El SF-36 se compone de tres niveles, descritos a continuación y ejemplificados en el siguiente gráfico: (14, 15, 46)

- 36 ítems, 35 de los cuales son parte de las escalas agregadas. El ítem que no forma parte de las escalas agregadas es considerado de transición, que proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.
- Ocho escalas agregadas compuestas por grupos de ítems (entre dos y diez ítems), estas escalas representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud.

- Funcionamiento físico

- Salud general

- Limitación física

- Vitalidad

- Dolor corporal

- Funcionamiento social

- Limitación social

- Salud mental general

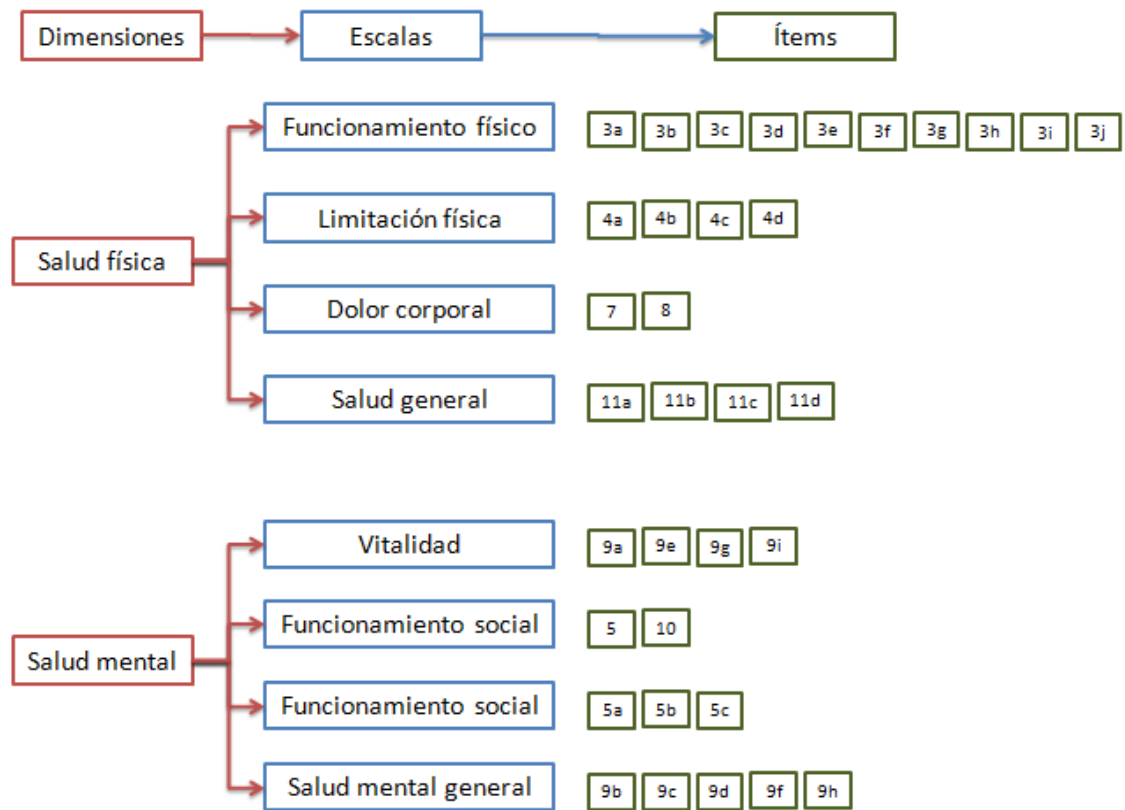
- Dos dimensiones finales compuestas por cuatro escalas agregadas.

- Salud física

- Salud mental

Gráfico 01

Niveles que componen el SF-36



Realizado por: Luna Andrade

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: (15, 46)

1. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100.
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala.
3. En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular.
4. Cálculo sumatorio de las diferentes escalas que componen las dimensiones de salud física y mental.

La NSFHS de 1990 realizada en los Estados Unidos incluyó al SF-36 y a partir de ésta se desarrollaron valores de referencia para las puntuaciones de cada dimensión. Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Como lo muestra la tabla número 2. (15, 46)

Las grandes limitaciones del SF-36 son los aspectos que contempla y el tiempo de aplicación.

Algunos de los aspectos que modelos clásicos de evaluación de calidad de vida contemplan y no son incluidos en el SF-36 son: (45)

- Calidad de sueño
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento sexual
- Funcionamiento familiar

- Enfermedades crónicas
- Autoestima
- Alimentación
- Recreación
- Tiempo libre
- Comunicación

Síntomas o problemas específicos de alguna patología no se encuentran en el SF-36 ya que éste es un instrumento genérico.(14, 15)

Se espera que el cuestionario SF-36 se responda en un período que oscila entre 5 y 10 minutos, este tiempo en determinados contextos puede representar excesivo, es por esto que la Corporación RAND desarrolló cuestionarios más cortos con un número menor de ítems como el SF-12 que puede ser autocontestado en aproximadamente 2 minutos. (15)

Tabla 02

Significado de las puntuaciones obtenidas en el SF-36

Contenido de las escalas del SF-36			
		Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
Dimensión	N° de Ítems	-Peor- puntuación (0)	-Mejor- puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente exhausto y cansado todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas físicos o emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que se salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Zúñiga, M. A., *et al* (1999): Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36; *Resultados preliminares*. Rev. Salud Pública, México. Realizado por: Luna Andrade

2.2 Estrés

2.2.1 Concepto de Estrés

Etimológicamente STRESS es una voz inglesa cuya traducción al español es esfuerzo, violencia, tensión; hace referencia al estado de presión excesiva resultante de una acción brusca, continuada o nociva. (16)

Dentro del contexto biopsicosocial se define al estrés como un problema, un sentimiento, un proyecto que al no ser resuelto generan angustia, ansiedad y llega a ocupar tanto el campo de la mente de una persona, que va a obsesionarse con ello, invadiendo todos los campos de su actividad. (16)

Se reconocen dos tipos de estrés: (16, 17, 18)

- Eustress: estrés positivo que nos impulsa a mejorar, perfeccionándonos.
- Distress: estrés negativo que ha superado la capacidad de adaptación del individuo y causa una alteración en el equilibrio corporal.

El estrés positivo es una reacción equilibrada que produce resultados beneficiosos, una reacción adecuada al estímulo. El estrés negativo aparece cuando la reacción ha sido desproporcionada, provocando una serie de síntomas perjudiciales. (16)

Las características de un sujeto bajo la influencia de estrés positivo y negativo se encuentran resumidas en el cuadro a continuación: (16)

Tabla 03

Tipos de estrés y sus consecuencias.

Estrés Positivo	Estrés Negativo
Vitalidad	Fatiga
Optimismo	Pesimismo
Entusiasmo	Depresión
Creatividad	Debilidad
Iniciativa	Irritabilidad
Alta productividad	Baja productividad, sin creatividad ni iniciativa
Alta resistencia a las enfermedades	Predisposición a enfermar
Dinamismo	Mala concentración
Buenas relaciones familiares y en el trabajo	Malas relaciones interpersonales en todos los campos Poco comunicativos
Lucidez	Comete muchos errores, está predispuesto a accidentes

Fuente: Lasso, J. F. (1996): STRESS. Clínica de Stress, Quito

Realizado por: Luna Andrade

2.2.2 Entorno social e histórico

Los primeros textos que hacen referencia a la palabra stress o tensión estudian la física, donde este término “se designa una fuerza que actúa sobre un objeto o sistema y que al alcanzar un determinado grado o nivel conduce a la deformación o a la destrucción de ese objeto o sistema”. (16)

A partir de esta definición sir William Osler a principios del siglo XX aplicó las definiciones usadas en física e ingeniería a los problemas de adaptación y comportamiento humano. Comparó la tensión y las deformaciones de los objetos o sistemas, con las preocupaciones y el trabajo pesado, indicando que tales condiciones contribuyen al desarrollo de enfermedades cardíacas. (16)

Partiendo de las observaciones de Osler, se comenzó a discurrir la idea de que en los seres vivos, el estrés representa peligro o amenaza al bienestar e incluso a la supervivencia. Es así que Cannon en 1935 dice que *“todo estímulo capaz de producir una reacción lucha-huida”* se denomina estrés. (16)

Años más tarde el mismo Cannon complementó sus ideas iniciales postulando que el estrés se aplica a todos aquellos factores ambientales cuya influencia determina un esfuerzo especial por el organismo para mantener la homeostasis. (16)

A la par en 1936 Seyle conceptuó al estrés como *“la respuesta inesperada del organismo a toda exigencia hecha sobre él”*. (16)

Y en 1962 Engel propuso su propio concepto avalando que *“todo proceso tanto en el ambiente exterior como en el interior que implica apremio o exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, es estrés”*. (16)

Esta última definición llevará más adelante a lo que hoy en día denominamos *“Síndrome del estrés”*, el cual resulta de una combinación de tres elementos: El ambiente, los pensamientos y emociones o ambiente interior y las respuestas físicas. (16)

En 1967 Holmes y Rahe reflexionan sobre las fuentes y el origen del estrés, reconocen el entorno social y las circunstancias que producen tensión; estos son llamados los *“Eventos vitales”* que se encuentran a diario y en cada etapa del desarrollo humano; expresaron que cada acontecimiento vital deseable o no deseable, bueno o malo, tiene una capacidad estresante individual, y que según el valor de estrés que alcancen en conjunto todos estos acontecimientos se produce o no la enfermedad. (16)

Para ilustrar su teoría estudiaron 43 acontecimientos vitales y a partir de sus resultados infirieron que el estrés tiene una génesis plurifactorial y sumatoria donde cada estresor físico o psicológico tiene un distinto valor. (16)

Holmes y Rahe advirtieron que una persona tenía alto riesgo de presentar infarto al miocardio, úlcera péptica o trastornos psiquiátricos si acumulaba 200 o más unidades en un año. (16)

Siguiendo con esta línea y yendo más allá, actualmente existen estudios que enuncian que la tensión prenatal puede influir tanto en la madre como en el feto y que puede dar lugar a complicaciones obstétricas y sostienen también que a partir del trauma del nacimiento y por el resto de la vida existen inevitables cambios que producen tensión: procesos de aprendizaje, frustraciones, elegir una carrera, encarar un trabajo, las relaciones entre padres e hijos, con la pareja, las primeras relaciones amorosas, presiones del trabajo y del grupo social al que pertenecen, el matrimonio, la jubilación, entre otros. (16)

Definir estrés es definir a *“un hombre atrapado entre dos mundos: su mundo interno y el mundo exterior”*. (16)

Tabla 04**Escala de los eventos vitales de Holmes y Rahe**

Evento	Puntaje / Unidad	Evento	Puntaje / Unidad
Muerte de cónyuge	100	Cambio de responsabilidades laborales	29
Divorcio	73	Hijo/a se va de la casa	29
Separación matrimonial	64	Problemas legales	29
Encarcelamiento	63	Logro personal importante	25
Muerte de familiar cercano	62	Cónyuge deja o empieza a trabajar	26
Accidente o enfermedad personal	53	Iniciar o terminar la escuela	26
Matrimonio	50	Cambio de las condiciones de vida	25
Despido del trabajo	47	Revisión de hábitos personales	24
Reconciliación matrimonial	45	Problemas con el jefe	23
Jubilación	45	Cambio en el horario de trabajo	20
Cambio de salud en un familiar	44	Cambio de residencia	20
Embarazo	43	Cambio de colegio	20
Problemas sexuales	39	Cambio en las distracciones	19
Nuevo miembro en la familia	39	Cambio en las actividades religiosas	19
Reajuste en los negocios	39	Cambio en las actividades sociales	18
Cambio del estado financiero	38	Hipoteca o préstamo mediano	17
Muerte de amigo íntimo	37	Cambio en los hábitos del sueño	16
Cambio de línea de trabajo	36	Cambio en el # de amistades o familiares	15
Cambio en la cantidad de discusiones con el cónyuge	35	Cambio en los hábitos de las comidas	15
Hipoteca muy alta	31	Vacaciones	13
Vencimiento de la hipoteca o préstamo	30	Violaciones menores de la ley	11

Fuente: Lasso, J. F. (1996): STRESS. Clínica de Stress, Quito

Realizado por: Luna Andrade

En el 2001 la OMS con su división europea realizó intensos estudios sobre el estrés, se constató que puede llegar a ser una enfermedad devastadora, multifacética y de dimensiones que superan el término de epidemia. (25)

Las proyecciones de la OMS estiman que en el año 2020 el estrés será la principal causa de muerte en el mundo, vinculándolo a problemas cardiovasculares y a depresión. (25)

2.2.3 Fisiología del estrés

Aquellos estímulos que pueden transformarse en estresantes físicos o psíquicos y que afectan al organismo emprenden su ingreso al cuerpo por los órganos de los sentidos, éstos por medio de los cordones ascendentes de la médula espinal y nervios craneales actúan sobre la formación reticular ascendente, que lleva el mensaje a la corteza cerebral creando una situación de alerta cortical dada por un aumento de la vigilancia y focalización de la atención. (16, 17)

La privación de estímulos o que estos no sean captados por los sentidos también puede producir estrés sobre todo en jubilados, ancianos y enfermos crónicos. (16)

La formación reticular y la corteza cerebral actúan sobre el sistema límbico, que participa en la afectividad. Estudios afirman que sentimientos de miedo y amenaza se registran inicialmente en la amígdala; simultáneamente el hipotálamo realiza 4 funciones específicas: (16,17, 18)

1. Activa el sistema nervioso autónomo.
2. Estimula la secreción de ACTH en la hipófisis por medio del factor liberador de corticotropina.

3. Produce ADH, en sus núcleos supraóptico y paraventricular.

4. Estimula la producción de tiroxina, que favorece el metabolismo energético y la síntesis de proteínas.

La liberación de ACTH estimula las glándulas suprarrenales suscitando una producción de adrenalina y noradrenalina por parte de la médula; y una producción de mineralocorticoides como la aldosterona y glucocorticoides por parte de la corteza. (16, 17)

Por esto podemos decir que el sistema nervioso y el sistema endócrino son los primeros en activarse frente a una situación de estrés, las estructuras que intervienen inmediatamente son: la corteza cerebral, la formación reticular ascendente, el sistema límbico y el eje hipotálamo-hipofisario que interactúa con el resto del cuerpo acarreado una reacción de estrés pluriglandular. (16, 17, 18)

De manera colateral hay un cambio en el sistema inmunológico debido a la mayor cantidad de corticoesteroides en la sangre que disminuyen la efectividad de los linfocitos T y las células NK. (16, 17, 33)

Por su parte la formación reticular ascendente estimula haces retículo espinales descendentes y el sistema gamma que provocan un aumento en el tono muscular. (16)

La activación del sistema nervioso autónomo trata de procurar la homeostasis del organismo; además la activación simpática también contribuye a la secreción de catecolaminas, quienes son responsables de procesos como: dilatación de las pupilas, dilatación bronquial, movilización de ácidos grasos (dando lugar a un incremento de lípidos en la sangre que de forma sostenida contribuye al proceso de arterioesclerosis), aumento de los niveles de coagulación, incremento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación

muscular y vasoconstricción cutánea, reducción de los niveles de estrógenos e inhibición de la producción de prolactina. (18, 17)

Dentro del campo de la medicina psicosomática Walter B. Cannon estudió y describió la relación entre los diferentes tipos de estrés y su efecto fisiológico, sus principios definen que: (19)

Las emociones agradables y placenteras favorecen los procesos digestivos (secretores y motores), mientras que las desagradables (preocupación, angustia miedo o cólera), son desfavorables.

Las emociones fuertes (rabia y miedo principalmente), así como el sufrimiento, se acompañan de una descarga de adrenalina, descarga que actúa directa o indirectamente en la presentación de las siguientes modificaciones fisiológicas:

- Un aumento de glucosa en la sangre
- Un mejoramiento en la capacidad contráctil de los músculos fatigados
- Un aumento de la presión arterial
- Una modificación en el distribución sanguínea, que abandona las vísceras para irrigar el sistema muscular
- Una disminución en el tiempo de coagulación

2.2.4 Adaptación al estrés

Con respecto al síndrome del estrés, Seyle propone que debemos fijarnos sobre todo la adaptabilidad al estrés antes que a los estresores, es por esto que en 1936 describió tres fases del proceso de adaptación: (16, 17, 18)

Fase de reacción o alarma: Al producirse el estímulo estresante se activa el eje hipofisopararrenal, con una reacción instantánea y automática que prepara al organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo. Todos los recursos defensivos se activan pero no hay ningún órgano específico afectado, puede llevar a la muerte; pero si pudo ser resistido y permanece por un tiempo suficientemente prolongado, permite conseguir un estado de adaptación o de resistencia.

Fase de estado de resistencia o adaptación: En ella el organismo intenta superar o afrontar la presencia de los factores estresantes, los niveles de corticoesteroides se normalizan y la sintomatología desaparece aparentemente.

Fase de estado de agotamiento: Los síntomas reaparecen ya que el estímulo se repite con frecuencia y es de larga duración. Durante esta fase ocurren los síntomas psicósomáticos y la alteración a nivel tisular.

La manera en que las personas afrontan el estrés ("coping" en inglés) también se encuentra condicionada por características personales y ambientales. (31, 32)

Para identificar las características personales es necesario familiarizarse con el modelo de personalidades expuesto por Friedmann y Roseman quienes luego de investigar por nueve años a 3000 hombres sanos, definieron dos tipos de personalidad asociadas al manejo del estrés y su consecuente impacto sobre la salud del individuo. (33)

Primero un tipo de personalidad A, que describe a sujetos reactivos (competitivos, impacientes, conscientes del tiempo, motivados en extremo, agresivos verbalmente e irritables con facilidad), más propensos a enfermedades psicosomáticas, sobre todo cardíacas; y segundo una personalidad B, sujetos tranquilos (fáciles de tratar y relajados), que a largo plazo revelaron menor incidencia de enfermedades cardíacas. (33, 35)

Otro modelo de adaptación investigado precisamente en estudiantes de medicina presenta 4 tipos de personalidades con respecto a la evolución del estrés frente a un factor mantenido por largo plazo: (34, 35)

1 Resistors: Los niveles de estrés inician y terminan bajos.

2 Persistors: Los niveles de estrés inician y terminan altos.

3 Adapters: Los niveles de estrés inician altos y terminan bajos.

4 Maladapters: Los niveles de estrés inician bajos y terminan altos.

Dichos estudios demostraron que en un tiempo prolongado, la adaptabilidad al estrés y sus efectos en la salud tuvieron mayor relación con los tipos de personalidad que con los eventos vitales, relacionados con los factores ambientales que estudiaron Holmes y Rahe.

(35)

2.2.5 Consecuencias del estrés

La expresión de un trastorno psicosomático puede variar desde una simple manifestación fisiológica de la emoción hasta la aparición de una lesión orgánica, estos trastornos se pueden manifestar en 3 niveles: (16)

Manifestación emocional trivial: anorexia momentánea, suspiro, taquicardia.

Trastornos funcionales: Son reacciones del organismo ante una emoción que no producen lesión: anorexia estable, tos neurótica, palpitaciones, cefalea.

Síndromes psicósomáticos lesionales: Corresponden a las enfermedades psicósomáticas propiamente dichas: úlcera duodenal, asma, hipertensión arterial (HTA), enfermedades coronarias.

Cuando se ha llegado a la fase de agotamiento, el estrés negativo va a tener impacto en el sujeto dentro de las esferas: psíquica, conductual y física. (16)

Los síntomas psíquicos causados por el estrés incluyen: Inquietud, desasosiego, miedo difuso, disminución de la vigilancia, desorganización del curso del pensamiento, disminución del rendimiento intelectual, desorientación temporo espacial, atención dispersa. (16)

Los cambios en la conducta del individuo incluyen: Imposibilidad de relajarse, perplejidad, situación de guardia-alerta, tensión muscular-facial-mandibular, frecuentes bloqueos, irritabilidad, excitación, respuesta desproporcionada a estímulos externos. (16)

Los problemas a nivel fisiológicos, también llamados síndromes psicósomáticos lesionales causados por el estrés causan múltiple sintomatología e involucran a varios sistemas.

Tabla 05**Síntomas que se presentan frente al estrés negativo**

Afección a:	Estrés
Cerebro	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas.
Humor	Ansiedad, pérdida del sentido del humor.
Saliva	Boca seca, sensación de “nudo en la garganta”.
Músculos	Tensión y dolor muscular, movimientos involuntarios.
Pulmones	Hiperventilación, tos, taquipnea.
Estómago	Ardor, dispepsia, vómito, sensación de “indigestión”.
Intestino	Diarrea, cólico, dolor.
Vejiga	Poliuria.
Sistema reproductor	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea.
Piel	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones.
Vitalidad	Fatiga
Corazón	Dolor precordial, taquicardia.

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 06**Afectación por sistemas**

Sistema	Afectación
Neurológico	Cefalea Cervicalgia Lumbalgia Trastornos del sueño Trastornos de ansiedad Trastornos obsesivo-compulsivos Trastornos disociativos Trastornos somatomorfos
Cardiológico	Hipertensión arterial Dislipidemias Enfermedades obstructivas coronarias crónicas Arritmias cardíacas y muerte súbita
Gástrico	Trastornos de deglución Úlcera péptica Síndrome de intestino irritable
Reproductivo	Trastornos de la menstruación Climaterio Dolor pélvico Dispareunia y vaginismo Aborto Esterilidad psicógena

Realizado por: Luna Andrade

Finalmente no podemos dejar de mencionar que a partir de la década de los 70 en los Estados Unidos el psiquiatra H. Fredenberger relató sobre un fenómeno de “completo cansancio y falta de motivación” como consecuencia del estrés; que luego nombró como “Síndrome de Burnout”. El perfil de este síndrome describe a personas exhaustas física y emocionalmente, que presentan una actitud negativa sobre sí mismos y sobre su entorno (sobre todo disminución de la realización personal en el trabajo); además de un componente de despersonalización. Se considera que el estado “quemado” aparece en los pacientes cuando han alcanzado niveles muy altos de estrés y se encuentran en la tercera etapa de adaptación. El síndrome se compone de numerosos y diversos síntomas que se desarrollan juntos aunque no al mismo tiempo puesto que la enfermedad es el resultado de un proceso individual; dicho proceso consta de 4 etapas: (24)

Etapa de idealismo y entusiasmo: Mucha energía y grandes expectativas llevan al individuo a una sobrecarga de trabajo voluntario, a pesar de tener bastante motivación puede tener también una sobrevaloración de sus habilidades lo cual lleva a problemas en el trabajo. El no cumplir con sus objetivos propuestos le causa sentimientos de impotencia y desilusión.

Etapa de estancamiento: Cuando el individuo encuentra que sus expectativas no se han alcanzado, pierde el idealismo y el entusiasmo; llevándolo a una disminución de sus actividades y una necesidad de realizar cambios en su vida.

Etapa de apatía: Se conoce como el inicio propio del Síndrome de Burnout. El individuo pierde el interés, se vuelve apático y en algunos casos tiende a aislarse. Inician los síntomas emocionales, conductuales y físicos.

Etapa de distanciamiento: La persona siente vacío y frustración con su trabajo. Evita el contacto social y nuevos desafíos.

Se ha establecido un perfil de los individuos vulnerables a exhibir este padecimiento, son individuos con un elevado nivel de auto-exigencia y baja tolerancia al fracaso; individuos con necesidad de perfección, excelencia y control. Una vez presentado el cuadro se han descrito 3 niveles: (24).

Primer nivel: Presenta síntomas ocasionales que se desarrollan de una manera leve, en períodos de tiempo cortos y pueden revertirse cuando la persona se relaja o hace una pausa en el trabajo.

Segundo nivel: Los síntomas se presentan de una manera regular y por espacios de tiempo prologados. Revertir el proceso requiere de un trabajo más intenso.

Tercer nivel: Los síntomas del síndrome se presentan de una manera crónica, incluyendo componentes físicos como úlceras o problemas del corazón. Su tratamiento requiere de personal especializado y mucho tiempo.

2.3 Estudiantes de Medicina

2.3.1 Facultad de Medicina en la PUCE

La Facultad de Medicina de la PUCE ofrece el título de médico cirujano en un programa de seis años compuesto por diez semestres de estudio dentro de la universidad y dos semestres que comprenden el año de Internado Rotativo en los Hospitales. (36)

La misión de la Facultad de Medicina de la PUCE es “formar integralmente profesionales médicos y médicas, con capacidad de liderazgo, valores cristianos, principios bioéticos, científicamente calificados y comprometidos con la salud”. (36)

El reglamento especial de la Facultad de Medicina en su décimo tercer artículo estipula que “la carrera se aprueba por niveles. Un nivel se aprueba cuando se hayan aprobado TODAS LAS ÁREAS DE ESTUDIO del respectivo nivel, sin considerar las áreas de la Macro-área de Desarrollo Humano.” Para la obtención del título el estudiante debe aprobar 329,76 créditos, 6 niveles de inglés, 70 horas de acción social y una tesis de grado. (36)

El plan de estudios está dividido en cuatro fases: (36)

- Ciencias Básicas (primero a cuarto nivel), son aquellas áreas que constituyen el sustento académico inicial de diversas carreras relacionadas con la salud que se desarrollan en la universidad.
- Ciencias Clínicas (quinto a octavo nivel), son aquellas áreas relacionadas con la enfermedad del cuerpo humano que se desarrollan a través de un caso problema y la metodología de ABP.
- Externado (noveno y décimo nivel), comprende el quinto año de la carrera e involucra actividades que las realiza el estudiante casi en su totalidad en un centro

hospitalario (diferenciándose del interno rotativo en la cantidad de turnos y responsabilidades).

- Internado Rotativo (último año), comprende el sexto año de estudios; el estudiante realiza sus actividades durante un año dentro de un centro hospitalario (con el cual la PUCE tenga convenio, luego de un proceso selectivo), con turnos cada 3 días y mayores responsabilidades en los diferentes servicios hospitalarios.

Cuando la Universidad está de vacaciones los estudiantes permanecen en actividades de Internado en los diferentes Hospitales. (36)

El horario de trabajo para internos rotativos es de lunes a viernes de 07h00 a 15h00 y sábados, domingos o feriados de 08h00 a 08h00 cuando se encuentre de guardia. El día siguiente de la guardia el interno rotativo podrá salir a las 12h00, siempre y cuando no tenga alguna actividad académica u otro requerimiento del Servicio.

El Hospital y Servicio se reservan el derecho de imponer un horario especial de acuerdo con circunstancias especiales, desastres naturales o tragedias. Esto incluye desplazamientos fuera de la ciudad, comisiones u otras actividades específicas. Este horario esta sujeto a cambios de acuerdo con las necesidades y conveniencias de cada hospital. (36)

Son obligaciones específicas de los Internos Rotativos: (36)

- Elaborar la historia clínica completa dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente.
- Acompañar y participar activamente en la visita médica del Servicio.

- Al finalizar con la visita, colaborar con los médicos del Servicio para llenar los pedidos de exámenes complementarios, recetas, interconsultas y otros documentos para que sean firmados por el médico tratante.
- Cumplir los procedimientos médicos a él ordenados, si está capacitado para efectuarlos.
- Colaborar con el médico residente y el personal de Enfermería para verificar que antes de la visita médica los resultados de los exámenes complementarios se encuentren en la historia clínica y que se hayan cumplido todas las órdenes médicas impartidas.
- Escribir previamente al egreso del paciente, la epicrisis y/o transferencia (siempre que no exista médico residente).
- Llenar el protocolo conjuntamente con el médico residente dentro de las primeras 4 horas posteriores a la finalización del acto quirúrgico y someterlo al visto bueno y firma del cirujano.
- Evaluar conjuntamente con el médico residente y registrar diariamente, o con la frecuencia que sea necesaria, la evolución de los pacientes a su cargo.
- Acompañar y colaborar con el médico residente en la visita vespertina del Servicio.
- Colaborar con los médicos tratantes y residentes en prestaciones que se brinden en consulta externa, emergencia y otros servicios; de acuerdo con el cronograma y la planificación establecidos.
- Participar en las actividades de Docencia e Investigación de la Unidad Operativa y del Servicio debidamente programadas.
- Presentarse a su Unidad en las fechas programadas para las rotaciones dentro y fuera de la ciudad, independientemente de feriados y días festivos.

Los derechos de los internos rotativos, según el Manual del Docente de la Facultad de Medicina (2008) son: (36)

- Reconocimiento jerárquico en la unidad operativa y el trato digno que corresponde.
- Percibir las remuneraciones a las que tiene derecho de conformidad con el contrato de trabajo, becaría o bonificación, suscrito con la institución empleadora.
- Recibir entrenamiento supervisado en los servicios a los que fueren designados.
- Formar parte del equipo quirúrgico y realizar procedimientos médico-quirúrgicos o clínico-quirúrgicos debidamente autorizados.
- Rotar por los diferentes Servicios de acuerdo con la programación elaborada por la Facultad de Medicina y la Unidad.
- Recibir alimentación y alojamiento durante los turnos.
- Recibir el reconocimiento y los créditos de propiedad intelectual, fruto de la participación en las actividades de Docencia, Investigación y Servicio en la Unidad Operativa.
- Derecho a conocer la forma y los criterios bajo los cuales será evaluado y conocer los resultados de dicha evaluación.

Finalmente encontramos que “el hospital proveerá alimentación a todos los internos rotativos de acuerdo con los convenios realizados con la Universidad y en el horario de cada Hospital.

2.3.2 Factores estresantes dentro de la carrera médica

Revisando los conceptos desarrollados previamente, retomamos la idea de que un estresor es “una persona, una situación o un objeto que al tomar la significación de amenaza produce una reacción de stress”. (16)

El DSM indica que para el diagnóstico de factores psicológicos que afectan el estado físico, se deben cumplir los siguientes criterios: (16)

-Que los estímulos ambientales significativos se encuentren cronológicamente relacionados con el inicio o exacerbación de la enfermedad física.

-Que no se encuentre una patología física demostrable o un proceso fisiopatológico conocido.

-Que la enfermedad no pueda ser atribuida a manifestaciones somatoformes como trastornos conversivos, hipocondríacos y otros similares.

Los factores estresantes dentro de las facultades de medicina se han resumido en 11 enunciados: carga académica (horas de clase y estudio por semana), número de profesores, número de estudiantes, carga de trabajo, intensidad del aprendizaje (nuevos temas enseñados por semana), actividades conflictivas, actividades ambiguas, autonomía del estudiante, reconocimiento y satisfacción frente al aprendizaje, recursos disponibles, unidad de apoyo (mental, emocional, espiritual y físico). (23)

Estos enunciados se han agrupado en seis categorías generales para su estudio. (23)

1. Estresores académicos
2. Estresores intra e interpersonales
3. Estresores relacionados con la enseñanza y el aprendizaje
4. Estresores sociales
5. Estresores relacionados con la motivación

6. Estresores relacionados a las actividades en grupo

Estresores académicos:

Estos se refieren a todos los eventos escolásticos de la universidad, incluyen sistemas de evaluación, métodos de evaluación, métodos de calificación y horario de estudios; los eventos relacionados al ámbito académico también incluyen recibir malas notas o malas evaluaciones, altas expectativas por parte del estudiante en cuanto a sus resultados académicos, gran contenido de temas para ser aprendidos, tener dificultad para entender dichos contenidos, falta de tiempo para revisar todos los contenidos y tener dificultades para responder a las preguntas realizadas por sus profesores. (23, 45)

Varios estudios han revelado que éste es el grupo de estresores que más impacto causa sobre la salud de los estudiantes, los eventos más importantes son los exámenes, la presión del tiempo, la magnitud del contenido que deben estudiar, no alcanzar a realizar el trabajo necesario y no alcanzar a realizar el trabajo en el tiempo planificado. (23)

Estresores intra e interpersonales:

Incluyen toda forma de relaciones entre y dentro de los individuos; alude por una parte a la autoestima, el conocimiento de uno mismo (además conflictos internos y motivación) y por otra a la interacción verbal, física y emocional con otras personas (incluyendo malos entendidos y abuso ya sea por parte de los compañeros, profesores o personal). (23)

Un estudio realizado en Inglaterra reveló que en cuanto a sus relaciones intra personales en los estudiantes de medicina las mayores fuentes de estrés se desprenden de sentimientos de ansiedad y conflicto al lidiar con la muerte y el sufrimiento de los pacientes, sentimientos negativos en cuanto a la carrera médica como vergüenza, impotencia,

incompetencia, inutilidad y frustración. (37)

Algunos de estos sentimientos responden por ejemplo a que en su rutina diaria el personal de salud trabaja con personas que debido a su enfermedad se encuentran ansiosas, incómodas y generalmente incapaces de expresar gratitud o afección. (39)

Por otra parte en cuanto a sus relaciones interpersonales, la relación con los médicos tratantes es la causa más importante de estrés, una gran proporción de estudiantes explicó haber sido humillado usualmente frente a sus compañeros. (37) Este tema ha causado mucha preocupación y ha sido expuesto de manera más abierta en los últimos años, tanto así que el New York Times publicó un artículo alarmante donde revela datos de un estudio que afirma que el 46% de los estudiantes participantes ha sido víctima de abuso en algún momento de su formación, con el 81% de los estudiantes de último año reportando haber sufrido abuso durante ese año. Más de 2/3 de aquellos que admitieron haber sido perjudicados describieron el evento como de “gran importancia y muy molesto”. La mitad del mismo grupo indicó que dicho episodio lo afectó severamente por un mes o más y el 16% respondió que lo afectará de por vida. (41)

Los estudiantes además acuerdan en que aparte del abuso verbal, sufren constantes amenazas ya sea con malas notas o con la ruina de su carrera, algunos incluso dicen conocer de enfrentamientos físicos. (41)

Estresores relacionados con la enseñanza y el aprendizaje:

Aquí se evalúa que tan apropiado es el proceso de aprendizaje. Se exponen las tareas dadas por los profesores a los estudiantes, la competencia que estos tienen en supervisar y enseñar, la calidad de retroalimentación que reciben los estudiantes ya sea de reconocimiento y apoyo, como la claridad de los objetivos y destrezas que se espera alcanzar con cada tarea. (23)

Estresores sociales:

Sugieren la influencia de la comunidad, primero en el tiempo libre compartido con amigos, familia; y segundo en la relación con el público durante las actividades médicas como tratar con pacientes y sus familiares, afrontar los problemas de ellos y su rol en la interrupción del trabajo hospitalario. (23)

Estresores relacionados con la motivación:

Describe las fuerzas internas y externas que se relacionan con la actitud, emoción, pensamiento y comportamiento que direccionan al estudiante hacia adelante en su carrera. Estresores comunes en este campo generalmente son la renuencia a estudiar medicina puesto que no es una decisión tomada por el estudiante sino por sus padres o la desmotivación después de conocer la realidad de la carrera médica. (23)

Estresores relacionados a las actividades en grupo:

Las actividades de grupo que causan conflicto en la mayoría de estudiantes son la participación en discusiones, presentaciones, o juegos de rol. (23) El mismo estudio citado previamente realizado en Inglaterra refirió entre los eventos más estresantes para los estudiantes de medicina, la presentación de casos y la participación en la visita médica. (37) El enunciado sobre ambigüedad se encuentra presente en cada uno de estos grupos, el conflicto a la hora de realizar una actividad resulta estresante para los estudiantes cuando no tienen clara la expectativa de los profesores frente a la actividad, ya sea porque la información / dirección dada es inadecuada o incompleta. Al presentarse incertidumbre se encuentran confrontados por demandas y expectativas desde un sinnúmero de fuentes que no son más que una especulación. El factor ambigüedad ha sido muy relacionado a bajo

nivel de satisfacción y rendimiento. (23, 45)

Las unidades de apoyo se encuentran de igual forma involucradas en cada grupo, pues hay una preocupación dentro del entrenamiento médico sobre la retroalimentación que reciben los estudiantes, el reconocimiento insuficiente comparado con el esfuerzo que se ha realizado. Esto puede ser entendido porque se evidencia una diferencia al hacer una carga significativa extra de trabajo con apoyo (amigos, familiares o profesores). Es un malestar dentro del sistema la inefectiva red de apoyo que tienen los estudiantes comparado con las demandas y sobrecarga de actividades. (23) Los estudiantes mismos también han expresado intranquilidad por el efecto que tienen todos estos estresores en su vida personal. (37)

2.3.3 Impacto sobre los servicios de salud

Contemplando que *“las personas son el principal activo de las organizaciones”* (38), es de esperarse que problemas físicos, sociales y psicológicos de la fuerza laboral humana tenga un impacto sobre el desempeño de una organización, el sistema de salud no es la excepción.

En la práctica médica un factor estresante proviene de trabajar intensamente con aspectos emocionales de la vida (sufrimiento, miedo, sexualidad, muerte) gobernados por fuertes códigos culturales de comportamiento. El entrenamiento inadecuado o insuficiente de los profesionales se convierte en un problema cuando éstos no cumplen con las expectativas propias y sociales frente a la práctica. Es conocido que los pacientes recompensan de mejor manera a aquellos que llenan sus estereotipos de cómo un médico tiene que verse y comportarse. (39)

El estrés es parte de la carrera médica, pero aquellos que no han desarrollado habilidades para manejarlo son vulnerables a desarrollar un comportamiento neurótico o inapropiado; convirtiéndose en personal médico incapacitado para ejercer. (39)

Cuando el personal médico se encuentra incapacitado para ejercer, la habilidad para comunicarse con los pacientes es pobre, la visita médica se desarrolla en un ambiente extraño, puede haber miedo a la hora de realizar procedimientos o puede confrontarnos a una obra paradójica donde el paciente trata de probar la presencia de dolor a un médico escéptico cuya misión de aliviarlo es frustrante, otro ejemplo se presenta cuando el médico tiene sentimientos de vergüenza que pueden resultar en una evaluación física incompleta. (39)

Cuando la visita médica se desarrolla en un ambiente extraño el paciente puede desarrollar sentimientos ambivalentes frente al médico, por un lado tiene el deseo de confiar en él y por otro tiene enfado al ser forzado en una relación paternalista, tiene miedo de que tanto los privilegios como el poder del profesional sean abusados. (39)

Los problemas de comunicación pueden causar grave conflicto entre el médico, el paciente y sus familiares sobre todo en casos de estrés o cuando la situación no se desarrolla de la manera esperada. (39)

En cuanto a la actitud que desarrollan los estudiantes de medicina en el día a día al menos $\frac{3}{4}$ de los estudiantes de medicina en Estados Unidos reportan haberse convertido en personas más cínicas como consecuencia del maltrato sufrido en los servicios hospitalarios. (41)

Si “la calidad de los servicios prestados por el personal de organizaciones sanitarias está directamente relacionado con la satisfacción de los profesionales que la integran” (38) es importante tener en cuenta la siguiente investigación realizada en la Asociación Médica Americana donde se encontró que mientras en 1970 un 87% de los médicos no tenía dudas de que volverían a estudiar medicina, en 1990 solo un 60% realizaba la misma afirmación, las cifras se atribuyen a una disminución en la satisfacción del personal, debido al incremento de trabajo administrativo, reducción de los ingresos, aseguradoras y políticas gubernamentales que interfieren con el proceso de decisión, una relación médico-paciente que se ha ido deteriorando; marcada por el poco respeto que prestan los pacientes y el aumento de demandas por mala práctica médica. (42)

CAPITULO III

3 Métodos

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

- Examinar la calidad de vida en los estudiantes de Internado Rotativo de la facultad de medicina en la PUCE en el primer semestre del año 2012 en Quito.

3.1.2 Objetivos específicos

- Comparar la calidad de vida del grupo de estudiantes de Internado Rotativo con el grupo de estudiantes de otros niveles.
- Distinguir los factores que se asocian al aumento del estrés y disminución de la calidad de vida en los estudiantes de internado rotativo.

3.2 Hipótesis

El ser estudiante de Internado Rotativo en la facultad de medicina es un factor de riesgo para tener altos niveles de estrés y una baja calidad de vida.

3.3 Muestra

Acorde con la información proporcionada por la secretaria de la facultad de medicina de la PUCE en el primer semestre del año 2012 se matricularon 1024 alumnos, la distribución por niveles se encuentra en la siguiente tabla:

**Distribución por niveles de estudiantes matriculados en la facultad de medicina en la
PUCE en el primer semestre del año 2012.**

Nivel	Número de Alumnos
Primero	135
Segundo	143
Tercero	117
Cuarto	111
Quinto	59
Sexto	81
Séptimo	79
Octavo	67
Noveno	56
Décimo	57
Décimo primero	119

Fuente: Secretaria Facultad de Medicina - PUCE
Realizado por: Luna Andrade

Se calculó una muestra de 357 estudiantes, incluyendo en su totalidad a los 119 alumnos de internado y a 238 representantes de los otros niveles.

Con respecto a la muestra inicial calculada, el 80% de las encuestas fueron llenadas correctamente y devueltas; esta proporción fue incluida en el análisis, la cual constituye una muestra final de 286 cuestionarios.

Dentro de la muestra final aproximadamente un tercio (28,7%) corresponde a estudiantes de internado rotativo (se llenaron 82 encuestas, 7 encuestas fueron devueltas en blanco, 11 estudiantes no accedieron a participar en el estudio y 19 estudiantes no fueron encuestados por encontrarse fuera de la ciudad realizando su rotación pre-rural).

El 71,3% restante de la muestra corresponde a estudiantes entre primero y décimo nivel de la carrera (se llenaron 204 encuestas, los estudiantes de séptimo nivel no aceptaron participar en el estudio por lo cual se recibieron 34 encuestas en blanco).

3.4 Tipo de Estudio

El siguiente es un estudio descriptivo exploratorio de corte transversal. Puesto que pretende describir un fenómeno considerando sus características y atributos, para determinar la magnitud del problema, siendo la variable principal el estar o no cursando el año de internado rotativo.

3.4.1 Procedimiento de recolección de información

3.4.2 Criterios de Inclusión

- Estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE desde primero a décimo segundo semestre.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio.

3.4.3 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no pertenezcan a la facultad de medicina de la PUCE
- Estudiantes que no acepten participar en el estudio.

3.5 Instrumentos

Se empleó la versión española estándar (recordatorio de las últimas 4 semanas) del SF-36. Este cuestionario se aplicó dentro de una encuesta más amplia orientada a identificar los factores asociados con la calidad de vida y el manejo del estrés en los estudiantes de medicina; con este propósito se utilizó el cuestionario **“Superación / Control del estrés y Calidad de Vida en los estudios de Medicina”** diseñado por Jurkat en el Instituto de Medicina Psicosomática de la Justus-Liebig Universität de Giessen, cuya última actualización fue hecha en el año 2009. El cuestionario cuenta con: (49)

- 6 items sobre información demográfica de la población
- 9 items sobre la satisfacción / insatisfacción en el trabajo y la elección de la carrera
- 14 items sobre la vida privada de los estudiantes
- 7 items sobre actividades recreativas y superación / control del estrés
- 22 items sobre el modo de vida en relación al bienestar de la salud
- 10 preguntas relacionadas con el área específica de los estudios
- 8 items como parte de un cuestionario complementario sobre el manejo del estrés

Se pueden encontrar preguntas abiertas y de opción múltiple (cuyas respuestas están presentadas en escalas de 5). (49)

El cuestionario fue diseñado para ser resuelto en un espacio de 15 a 20 minutos, por estudiantes universitarios y no puede ser utilizado en la población general. (49)

El idioma original del cuestionario es el alemán y para su aplicación en los estudiantes de la facultad de medicina en la PUCE fue traducido al español por 2 personas bilingües cuya lengua materna es el español; con la traducción consensuada se realizó una prueba piloto inicial en un grupo de estudiantes de la facultad para valorar la comprensión y factibilidad de administración del cuestionario.

En la versión definitiva del cuestionario no se incluyeron las 10 preguntas relacionadas con el área específica de estudios ya que estas no se aplican a la situación ecuatoriana, debido a que el sistema de elección del centro universitario es diferente al alemán.

Además se agregaron dos preguntas referentes a los planes futuros de los estudiantes:

¿Desea realizar sus estudios de especialidad/postgrado en el Ecuador?

En caso de que su respuesta sea negativa, ¿en que país los desearía hacer?

El cuestionario final (Anexo 1) se aplicó a los estudiantes de la facultad de medicina en la PUCE durante el primer semestre de clases del año 2012 (enero - junio).

3.6 Plan de análisis de datos

Para el ingreso y análisis de datos como para la correlación de variables se utilizó la herramienta IBM SPSS STATISTICS Copyright 1989, SPSS, Inc. Versión 17.1. y Microsoft Excel Versión 14.0.6106.5005 © Microsoft corporation 2010.

Se elaboró un análisis descriptivo de las variables, para las variables cuantitativas se calculó la media y para las variables cualitativas se utilizó proporciones.

La correlación de variables cualitativas se analizó luego de realizar la prueba de chi cuadrado.

3.7 Aspectos Bioéticos

Se inició este estudio con el beneplácito de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, más adelante se solicitó una autorización para aplicar el cuestionario a los estudiantes de la Facultad.

Se tomó en cuenta los lineamientos de autonomía, consentimiento informado y confidencialidad; al tratarse de un estudio exploratorio investigativo se informó verbalmente a los participantes a cerca del estudio, sus objetivos, de que no habrá lucro o

costo por su colaboración y se respetó la decisión de aquellos que no desearon participar, no se incluyó un acuerdo escrito debido a que representaba una interferencia frente al carácter anónimo de la encuesta.

Completado el proceso finalmente se esperó que todos los partícipes aceptaran las condiciones y el consentimiento se asumió si las encuestas eran completadas y devueltas.

Capítulo IV

4 Resultados

4.1 Descripción de la población.

La población femenina es mayor en los dos grupos; en el análisis del conjunto de estudiantes de medicina, la proporción de mujeres supera en 13 puntos a la población masculina. La relación entre géneros de la muestra total es de 1 hombre por cada 1,3 mujeres. La descripción completa se encuentra en la siguiente tabla.

Tabla 08

Distribución por género de los estudiantes de medicina.

	Internado	%	Otros niveles	%	Total	%
Masculino	36	43,90%	88	43,10%	124	43,40%
Femenino	46	56,10%	116	56,90%	162	56,60%
Total	82	100,00%	204	100,00%	286	100,00%

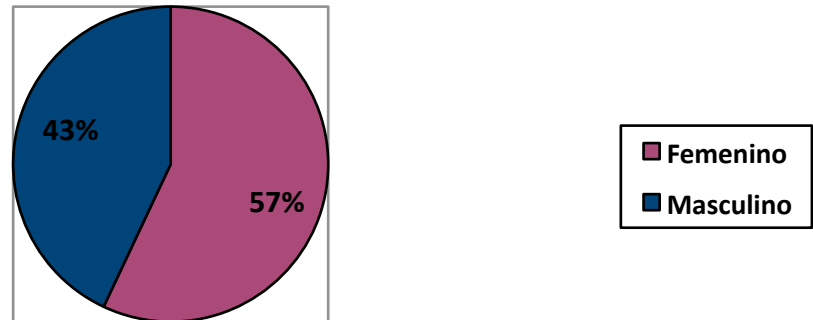
Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

La representación gráfica de los participantes en la muestra distribuida por género se encuentra a continuación.

Gráfico 02

Distribución por género de estudiantes de medicina



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

El rango de edad de los estudiantes de la facultad se encuentra entre 17 y 33 años, siendo el promedio de los estudiantes de internado (24,68 años) mucho mayor que el de los estudiantes de otros niveles (20,33 años), lo cual es consecuente con el tiempo invertido en la carrera. Mientras que el promedio de edad de hombres y mujeres estudiantes entre primero y décimo nivel no varía; en los estudiantes de internado se puede observar que las mujeres (24,35 años) son aproximadamente un año menor que sus compañeros hombres (25,11 años), no hay un factor dentro de esta investigación que nos explique este fenómeno; sin embargo sería interesante preguntar en el futuro sobre el desempeño académico para saber si los varones son mayores porque han repetido algún semestre o si las mujeres son menores porque han entrado a una edad más temprana a la facultad .

La descripción de las características antropométricas de cada grupo se encuentra en la siguiente tabla, de la cual podemos rescatar que los hombres de internado pesan en promedio 5,83 kilos más que los hombres que cursan de primero a décimo nivel, a su vez esto repercute en un aumento de su IMC y debe explicarse a un problema en los hábitos

alimentarios ya que como veremos más adelante la proporción de estudiantes que realiza deporte es similar en los dos grupos.

Tabla 09

Características antropométricas de los estudiantes de medicina

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
Medias	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Altura	160,41	173,72	160,74	172,43	160,65	172,81
Peso	56,24	72,31	55,84	66,48	55,96	68,17
IMC	22	24	22	22	22	23

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

En cuanto a su estado civil los estudiantes de la facultad de medicina son en su mayoría solteros (95,8%); la proporción de estudiantes casados es mayor entre aquellos que cursan internado rotativo (8,5%) que aquellos que no (1,5%), quizás porque el primer grupo tiene una ventaja en cuanto a edad. Entre los estudiantes de primero a quinto año no hay estudiantes divorciados (dato que concuerda con una menor proporción de estudiantes casados) y entre los de sexto año es una proporción de 2,4%, lo cual a pesar de ser una pequeña proporción en comparación con el grupo total equivale a casi un tercio del grupo de estudiantes casados.

Cuando se les preguntó sobre su situación de vivienda y alojamiento actual, la mayoría de los estudiantes ecuatorianos respondieron que viven con sus padres (78%), de esto podemos concluir que más de tres cuartos de los estudiantes en la facultad provienen de la

ciudad de Quito. El detalle de aquellos que viven solos o con amigos en un departamento compartido se encuentra en la siguiente tabla y nos transmite una idea aproximada de la proporción de estudiantes provenientes de otras ciudades, más no es una idea exacta ya que no se puede analizar completamente el caso de estudiantes casados o aquellos que por elección han decidido vivir por su cuenta.

Tabla 10

Situación de vivienda/ alojamiento actual de los estudiantes de medicina

Nivel	Internado		Otros niveles		Facultad de medicina	
	#	%	#	%	#	%
Solo	11	13,4	32	15,7	43	15
En pareja	6	7,3	3	1,5	9	3,1
Amigos	2	2,4	8	3,9	10	3,5
Padres	63	76,8	160	78,4	223	78
Residencia estudiantil	0	0	1	0,5	1	0,3

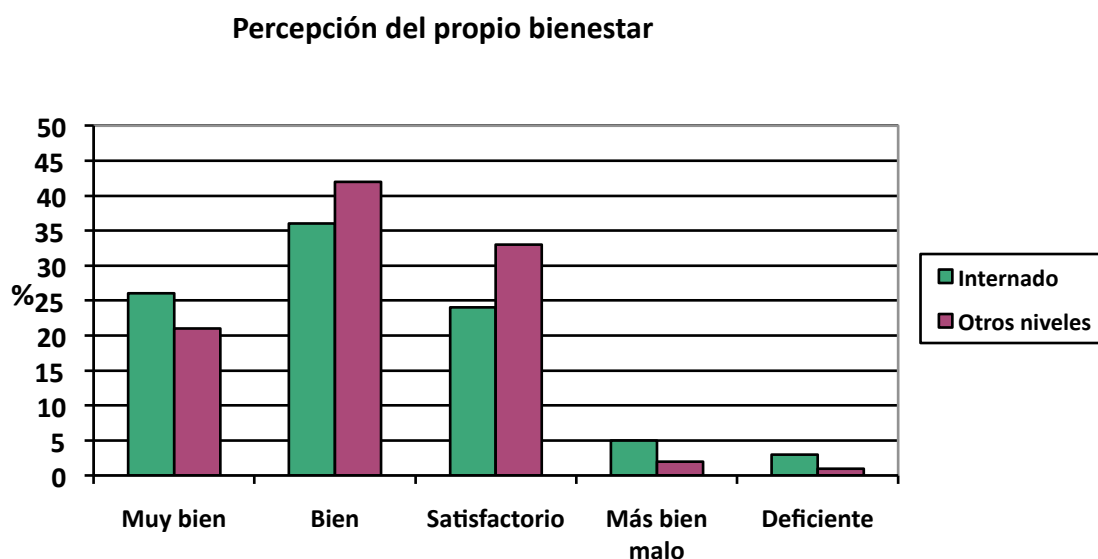
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.2 Problemas en el estudio

4.2.1 Percepción del propio bienestar

El primer enunciado del cuestionario cita la definición de salud planteado por la OMS la cual no enmarca únicamente el bienestar físico, sino también el bienestar psíquico y social de los seres humanos. A continuación se especificó a los estudiantes que considerando este enunciado califiquen su propio bienestar. La percepción de los distintos grupos se resume en el siguiente gráfico donde es evidente que en los dos grupos la mayoría de estudiantes tuvo una respuesta de carácter positivo.

Gráfico 03



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.2.2 Satisfacción / Insatisfacción en el trabajo y la elección de carrera

Después de realizar un cálculo sobre las horas que dedican a sus estudios incluyendo clases y preparación; los estudiantes de internado rotativo reportaron destinar al estudio un promedio de 67,32 horas a la semana, lo cual representa 21 horas más de las que destinan los estudiantes de otros niveles a sus actividades académicas (46,27 horas).

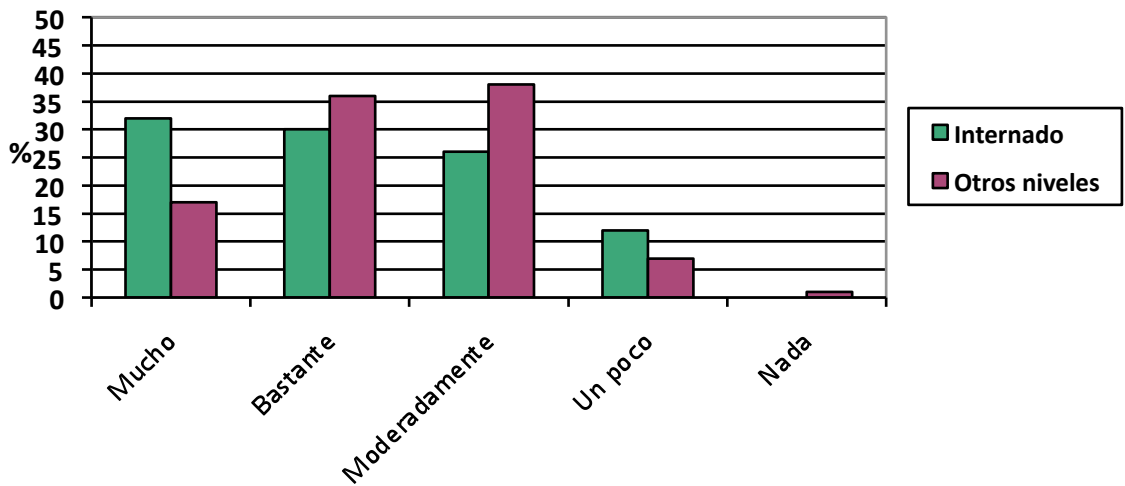
De igual manera se les pidió realizar un cálculo sobre las horas semanales que dedican a un trabajo remunerado adicional a sus estudios, la conclusión fue que en promedio los estudiantes de internado pasan 11,76 horas y los estudiantes de otros niveles pasan 2,55 horas en el trabajo.

Si agregamos el tiempo de estudios al tiempo de trabajo adicional que realizan los estudiantes de internado concluimos que los sujetos de este grupo se encuentran ocupados 79 horas a la semana en promedio, quedando 89 horas en la semana (un promedio 12,7 horas diarias) para dividirla entre otras actividades y dormir. Este análisis nos hace pensar es posible que el número de horas de estudio y trabajo reportado por los estudiantes no sea correcto ya que más adelante en esta misma investigación expresaron sentirse inconformes con el tiempo que disponen para dormir y realizar otras actividades.

Con este escenario, la siguiente duda planteada es si se sienten sobrecargados a causa de la cantidad de trabajo que se les exige y como se observa en el siguiente gráfico la respuesta más común entre los estudiantes de internado es “mucho” (31,7%) en tanto que los estudiantes de otros niveles en su mayoría respondieron “moderadamente” (37,7%), esta diferencia se manifiesta frente a un horario más extenuante y un mayor número de responsabilidades adquiridas por los estudiantes de medicina en su último año.

Gráfico 04

¿Se siente Ud. sobrecargado a causa de la cantidad de trabajo que se exige de Ud?

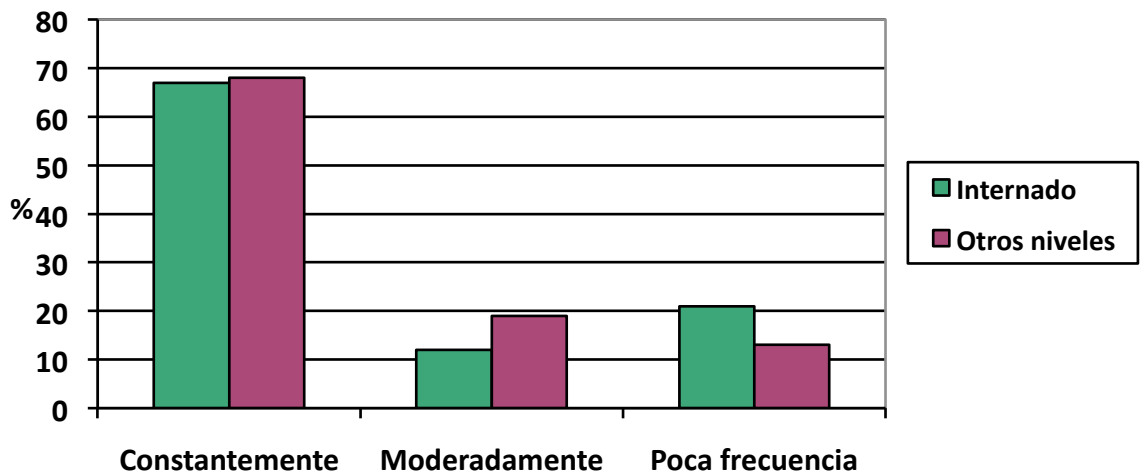


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Siguiendo con esta línea de consulta se preguntó a los estudiantes si se sienten bajo presión de tiempo, la mayoría de los encuestados en ambos grupos respondieron “constantemente” (internado 67,1% y otros niveles 68,1%).

Gráfico 05

¿Se siente usted bajo presión de tiempo?



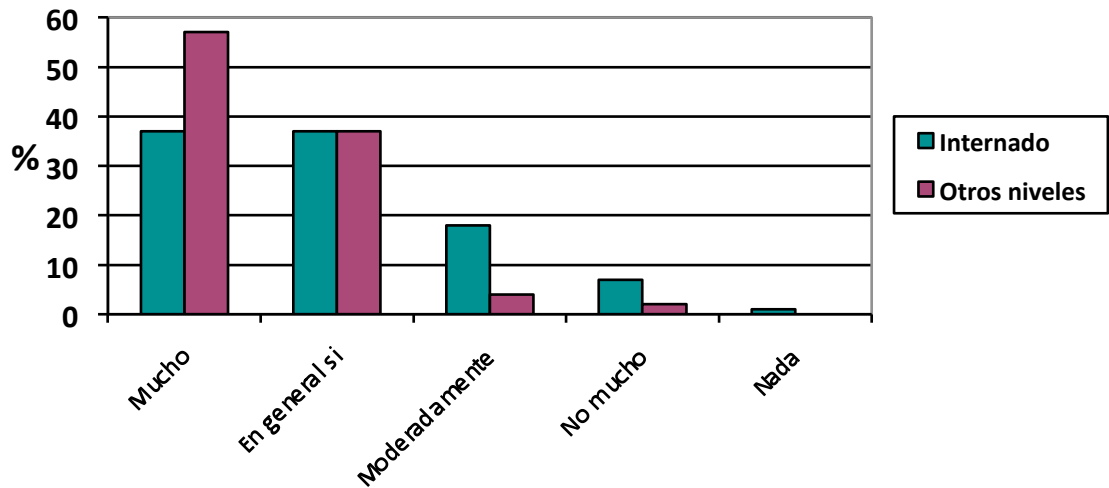
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Con la siguiente pregunta se evidenció que la proporción de estudiantes muy satisfechos con su carrera es mayor en los niveles inferiores; esto demuestra que de la misma manera como se reporta en diferentes fuentes bibliográficas, los estudiantes de medicina con el paso de los años y conforme conocen la carrera médica sufren un proceso de desencanto.

Dentro del internado rotativo el 36,6% de los estudiantes está muy satisfecho con la carrera que sigue al momento, otro 36.6% en general sí está satisfecho con su carrera; un 18.3% esta moderadamente satisfecho, 7,3% no está muy satisfecho y un 1,2% no está satisfecho para nada. En el grupo de estudiantes de otros niveles aquellos que están muy satisfechos representan la mayoría con el 56,9%, el 37,3% en general sí está satisfecho, pero un 4,4% esta moderadamente satisfecho y un 1,5% no mucho.

Gráfico 06

¿Se siente usted satisfecho con la carrera que sigue al momento?

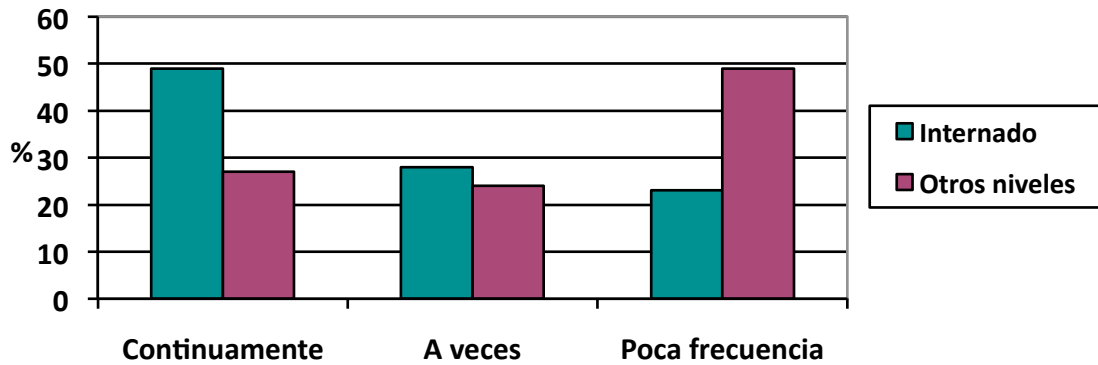


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Sobre si experimentan los estudiantes algún temor a futuro a causa de la profesión que ejercerá más tarde, los estudiantes de internado rotativo se encuentran más intranquilos en comparación con sus compañeros de niveles inferiores (como se advierte en el marco teórico sobre los estresores dentro de la carrera medica) ya que los estudiantes de internado se enfrentarán en un período más breve a decisiones importantes sobre su futuro.

Gráfico 07

¿Experimenta usted algún temor a futuro a causa de la profesión que ejercerá más tarde?

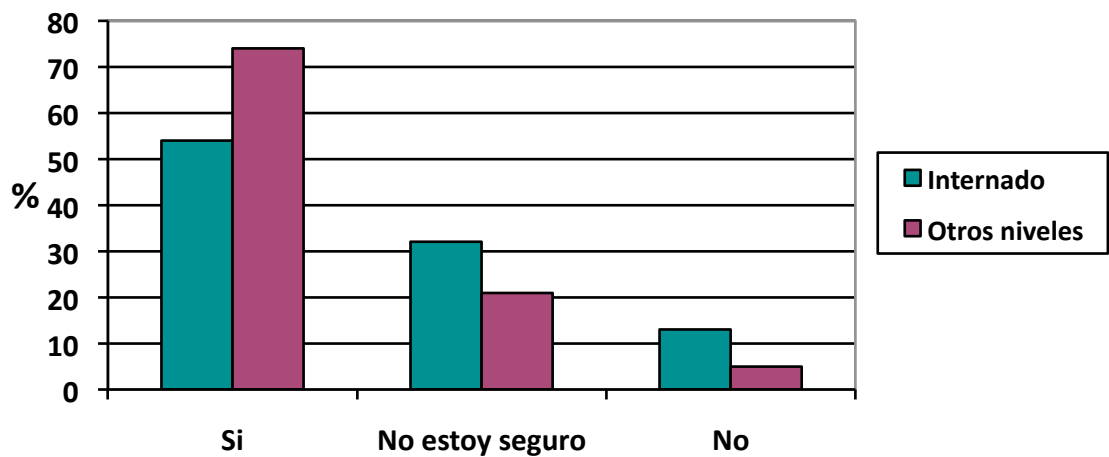


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Debido a este proceso de desencanto y las preocupaciones expresadas sobre su futuro, no causa asombro que la proporción de estudiantes de internado que sí escogerían nuevamente la carrera que estudian ahora es en menor en comparación con la proporción de estudiantes de otros niveles (que también respondieron de manera positiva en una mayor proporción en las anteriores preguntas).

Gráfico 08

¿Escogería usted nuevamente la carrera que estudia ahora, si tuviese otra vez la oportunidad de decidir al respecto?



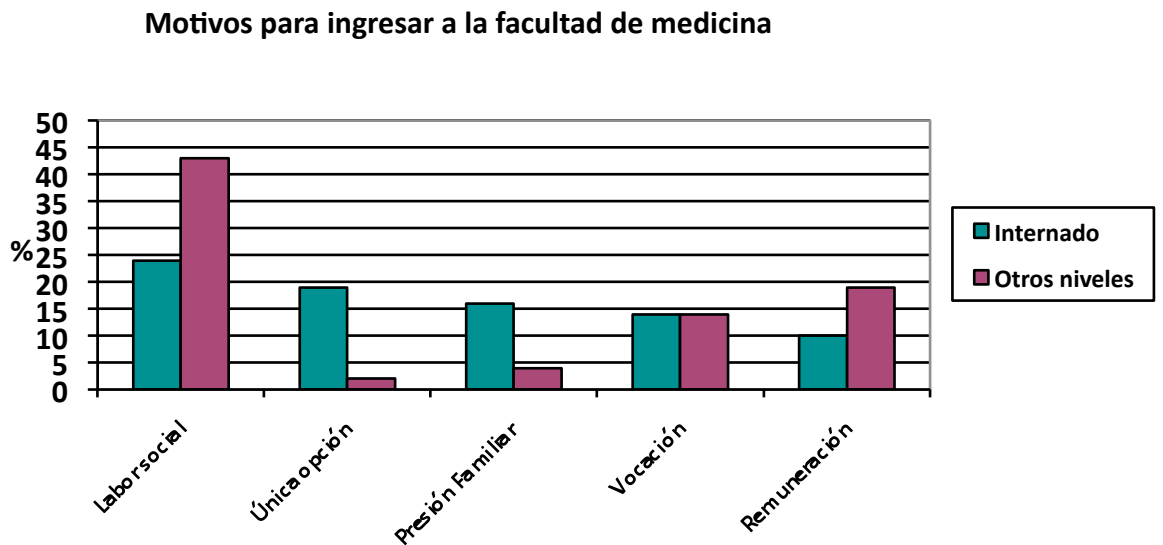
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Finalmente se preguntó a los estudiantes a qué edad decidieron estudiar su carrera y cuáles fueron los motivos. Los estudiantes de internado rotativo lo decidieron en su mayoría a los 18 años (entre 5 y 20 años, con un promedio de 15 y una moda de 18), lo cual indica que tomaron dicha medida en su último año de secundaria justo antes de postularse para la facultad.

Sobre los motivos que los llevaron a estudiar medicina, los estudiantes de la facultad lo hicieron en su mayoría por realizar labor social, pero la proporción es el doble en los más jóvenes; lo cual nos hace pensar en un desarrollo en la conciencia colectiva de las nuevas generaciones (internado 23,8% y estudiantes de otros niveles 43,5%). Otra diferencia que llama la atención es que la proporción de estudiantes en los primeros años de la carrera que ingresaron por presión familiar es menor, el hecho de que los futuros médicos hayan

ingresado por voluntad propia a la facultad a largo plazo llevará a un mejor desarrollo de profesionales más satisfechos y con un mayor bienestar en el ámbito personal.

Gráfico 09



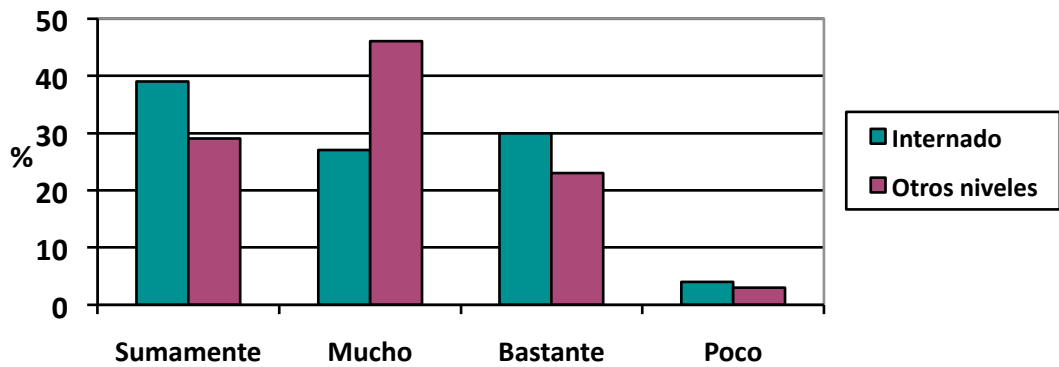
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.2.3 Vida Privada

Iniciando el apartado sobre vida privada se preguntó a los estudiantes si se sienten satisfechos con su vida en general. Los estudiantes de internado en su mayoría se encuentran “sumamente” satisfechos (39%); mientras que la mayoría de los estudiantes de otros niveles (46,1%), se encuentran “muy” satisfechos como se nota en el siguiente gráfico. Nuevamente encontramos que a pesar de presentar respuestas de carácter positivo en los dos grupos, los estudiantes de semestres inferiores se muestran satisfechos en mayor grado que los estudiantes de internado.

Gráfico 10

¿Se siente usted satisfecho con su vida en general?



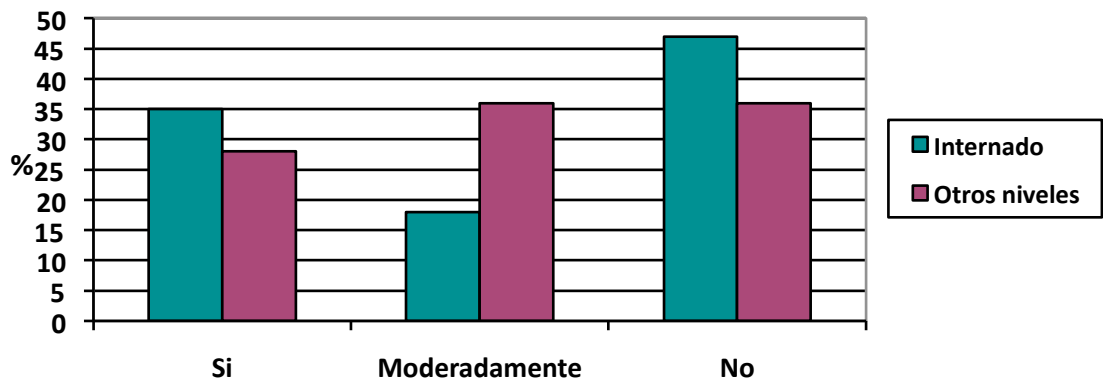
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

El 57,3% de los estudiantes de internado afirman tener una relación de pareja estable, sin embargo con la gran cantidad de tiempo que se encuentran en ambientes hospitalarios y que dedican al estudio, es comprensible que de ellos el 78,5% tenga una relación con una persona que forma parte del campo medico.

La respuesta a la pregunta ¿se encuentra usted satisfecho con su tiempo libre? se halla representada gráficamente a continuación. Y como ya habíamos mencionado, en su mayoría los estudiantes de internado respondieron que “no”.

Gráfico 11

¿Se encuentra usted satisfecho con su tiempo libre?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

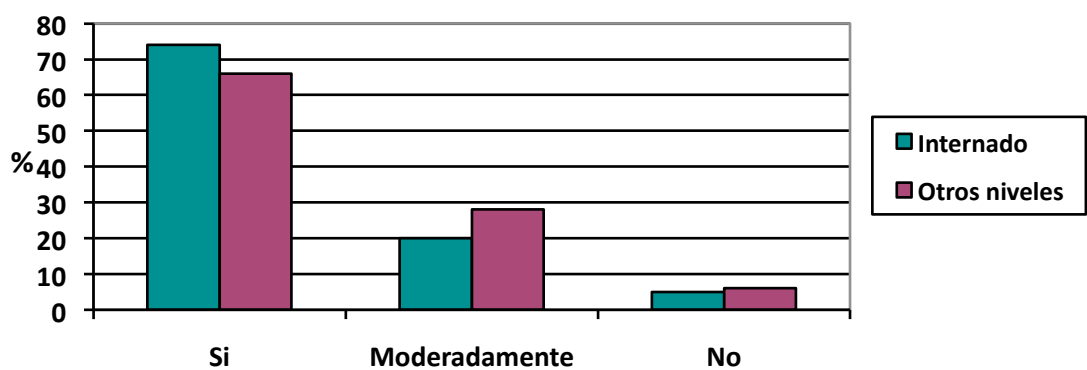
Los estudiantes de internado rotativo tienen un promedio de 5,3 amigos cercanos, el mismo que difiere mínimamente (0.3) con el promedio que encontramos en los estudiantes de otros niveles (promedio de 5,6 amigos cercanos). Con esto podemos pensar que durante el curso de su carrera los estudiantes de la facultad logran mantener sus amistades cercanas a pesar de la falta de tiempo y las exigencias que enfrentan a diario.

Relativo a si se encuentran satisfechos con su círculo de amigos, los estudiantes de internado rotativo respondieron en un 69,5% que si, 15,9% moderadamente y 14,6% que no. Los estudiantes de otros niveles respondieron en un 72,5% que si están satisfechos con su círculo de amigos, 22,1% moderadamente y 5,4% que no. Completando este apartado, finalmente se preguntó a los estudiantes si se sienten bien/cómodos en su vida privada y nuevamente encontramos que la mayoría ha brindado una respuesta positiva. Este escenario puede ser posible ya que mantienen un número de amigos cercanos con los

cuales se encuentran satisfechos a pesar de no disponer del tiempo suficiente para realizar otras actividades como lo vemos en el siguiente apartado.

Gráfico 12

¿Se siente usted bien/cómodo en su vida privada?



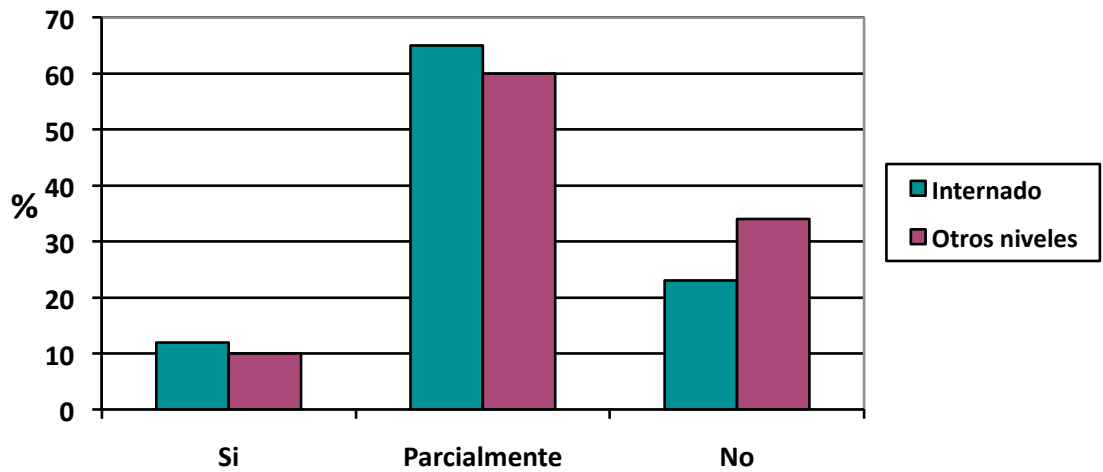
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.2.4 Actividades recreativas y control del estrés

Apenas el 12,2% de los estudiantes de internado rotativo piensa que dispone de suficiente tiempo para realizar actividades recreativas o descansar, una proporción baja semejante a esta se encuentra entre los estudiantes de primero a quinto (9,8%), este es un punto importante frente al control del estrés ya que en su mayoría los estudiantes han expresado que si pueden relajarse y descansar en caso de tener la oportunidad de hacerlo.

Gráfico 13

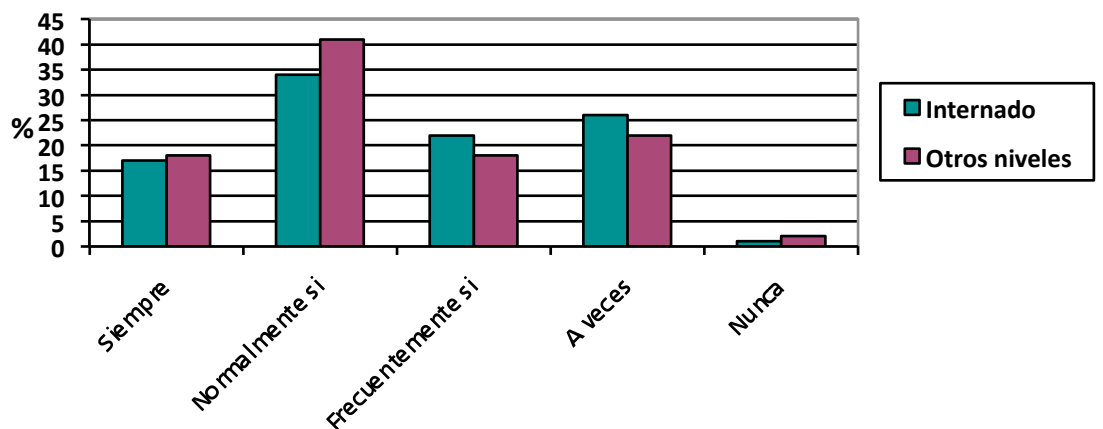
¿Dispone usted de suficiente tiempo para actividades recreativas / de descanso?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 14

¿Se siente usted en capacidad de relajarse, de descansar, cuando se le presenta la oportunidad de hacerlo?

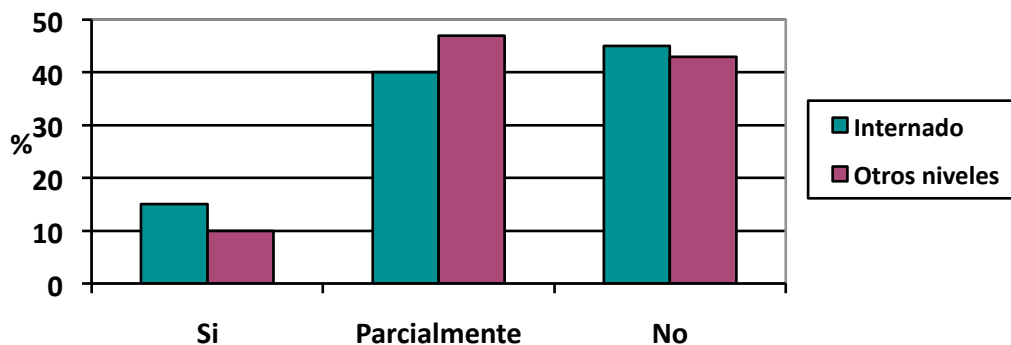


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Los estudiantes de internado rotativo reportan dormir un promedio de 4,95 horas diarias (los estudiantes de otros niveles 5,19 horas); las se pueden restar de las 12 horas que les queda libre del estudio y el trabajo. Suponiendo que el tiempo y la calidad de sueño no siempre van de la mano. Se infirió también sobre si se encuentran satisfechos con sus hábitos al dormir, y podemos localizar que una minoría representa a los estudiantes que están satisfechos, esto puede ser debido a que no cuentan con el tiempo suficiente para hacerlo ya que los desordenes de sueño no se encuentran presentes en la misma proporción.

Gráfico 15

¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus hábitos de dormir?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Los desórdenes de sueño se encuentran presentes en un 19,5% entre los estudiantes de internado y en el grupo de estudiantes de otros niveles en un 12,3%; se observa que este grupo exhibe ocasionalmente este desorden (40,2%) en una proporción mayor que los estudiantes de internado (29,3%). De todos aquellos que respondieron haber presentado dificultades al dormir la gran mayoría presenta dificultades para conciliar el sueño (30,5%).

Realizando un análisis matemático teniendo en cuenta que los estudiantes de internado ocupan en promedio 79 horas a la semana entre trabajo y estudio, más 34,65 horas semanales que duermen; se puede concluir que semanalmente cuentan con 54,35 horas (lo que se traduce en 7.76 horas diarias en promedio) para realizar otras actividades. La pregunta es ¿Por qué los estudiantes no duermen lo suficiente y porque no consideran tener tiempo suficiente para realizar otras actividades? En primer lugar cabe recalcar que anteriormente se ha hecho un análisis matemático, donde no se ha tenido en cuenta que los turnos hospitalarios son cada tercero (en el caso de los internos) y que la distribución de tiempo no es uniforme cada día o cada semana; además anteriormente hemos establecido que existe la posibilidad de que el número de horas dedicadas al estudio reportado por los estudiantes no sea correcto (quizás por esta misma razón: la distribución de su tiempo y sus horarios no es uniforme).

Sobre la forma como controlan la tensión los estudiantes de internado, el 37,8% dice que lo hace por medio de compartir tiempo (conversando) con amigos y familiares. Pero se presenta una paradoja cuando los estudiantes de internado dicen en una proporción del 50% que con quien descargan sus tensiones es consigo mismos.

4.2.5 Modo de vida en relación a la salud

Iniciando el estudio sobre consumo de sustancias encontramos que el porcentaje de estudiantes de internado que fuma es de 35,4%, de los cuales lo hace con regularidad un 18,3% y un 17,1% lo hace ocasionalmente. En el grupo de estudiantes de otros niveles el 31,3% fuma, pero es mucho menor la proporción de estudiantes que lo hace regularmente representando un 8,8%. El promedio de cigarrillos que los estudiantes fuman al día en ambos grupos es de 1.

Pasando al consumo de bebidas alcohólicas, en los estudiantes de internado rotativo el 58,5% consume alcohol, 24,4% lo hace con mucha frecuencia y 34,1% lo hace a veces; un 41,5% no consume alcohol. Por su parte en el grupo de estudiantes de otros niveles, el 48,8% de los estudiantes consume alcohol, 14,8% lo hace con mucha frecuencia y 34% lo hace a veces; un 51,2% nunca consume alcohol.

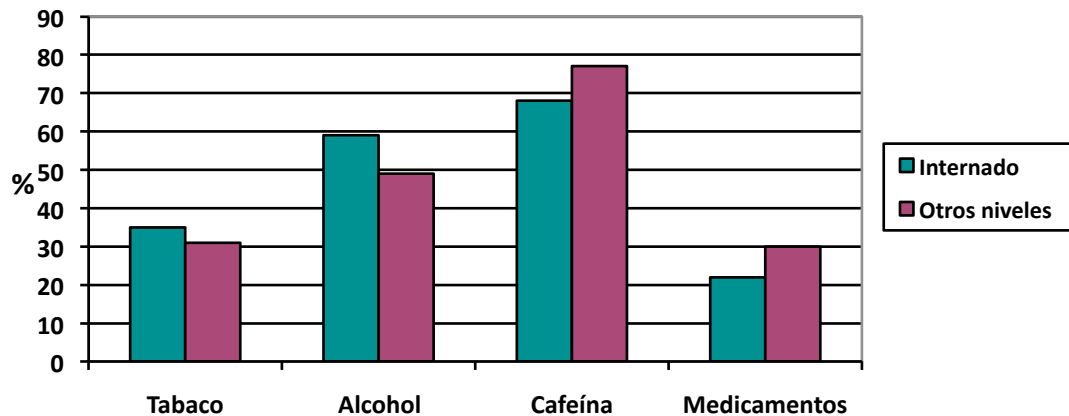
De aquellos estudiantes de internado que consume alcohol el 14,6% reconoce hacerlo en gran cantidad y el 41,5% lo hace moderadamente y de aquellos estudiantes de otros niveles que consumen alcohol el 13,8% lo hace en gran cantidad y el 33,5% lo hace de forma moderada.

Los reportes que hacen alusión al consumo de cafeína demuestran que el 68,3% de los estudiantes de internado la ingiere, 42,9% en gran cantidad y 24,4% de forma moderada. En el grupo de estudiantes de otros niveles la proporción de estudiantes que consume cafeína es aún mayor representando el 77,4% de los estudiantes, de los cuales 39,2% en gran cantidad y 38,2% de forma moderada.

El último apartado sobre consumo de sustancias, cuestiona a los estudiantes sobre la ingestión de medicamentos; en los estudiantes de internado el 22% respondió de manera positiva, el 12,2% lo hace con mucha frecuencia y el 9,8% lo hace a veces. En el grupo de estudiantes de otros niveles el 29,9% respondió de manera positiva, el 10,3% lo hace con mucha frecuencia y el 19,6% lo hace a veces. El 2,4% de los estudiantes de internado que respondieron tomar somníferos y estimulantes lo hace con mucha frecuencia, mientras que el 4,9% de los estudiantes de internado que reportaron tomar analgésicos, lo hacen con mucha frecuencia.

Gráfico 16

Consumo de sustancias en estudiantes de medicina



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

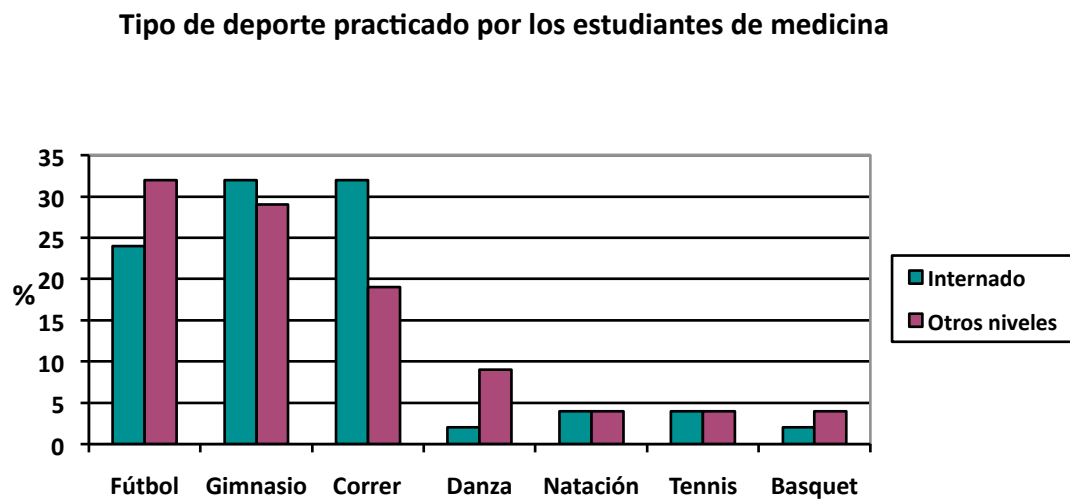
A diferencia de las creencias populares la sustancia más consumida por los estudiantes de la facultad es la cafeína y las menos consumidas son los medicamentos. Sin embargo el consumo de tabaco y alcohol son mayores en el grupo de internado.

Conocemos que el deporte no forma parte de la malla curricular de los estudiantes, sin embargo encontramos que 50 estudiantes de internado rotativo lo realizan (60,9%), 12 (14,6%) de ellos con regularidad y 38 (46,3%) ocasionalmente. En el grupo de estudiantes de otros niveles 121 (59,4%) también realiza deporte por su cuenta, 35 (17,2%) lo realizan con regularidad y 86 (42,2%) lo realiza ocasionalmente. Inicialmente estos datos pueden parecer alentadores pero cuando aquellos que realizan deporte reflexionaron sobre el tiempo que dedican semanalmente a esta actividad, el promedio de horas que los estudiantes de internado se ejercitan es de 2,87 horas y el de los estudiantes de otros

niveles es de 2,46 horas; lo cual no constituye bajo ninguna circunstancia una forma de ejercicio regular.

Sobre el tipo de deporte que practican podemos ver que, dejando de lado el futbol, las actividades grupales o en equipo no son muy populares. La información desgregada sobre el tipo de deporte que realizan estos grupos se encuentra en el siguiente grafico.

Gráfico 17

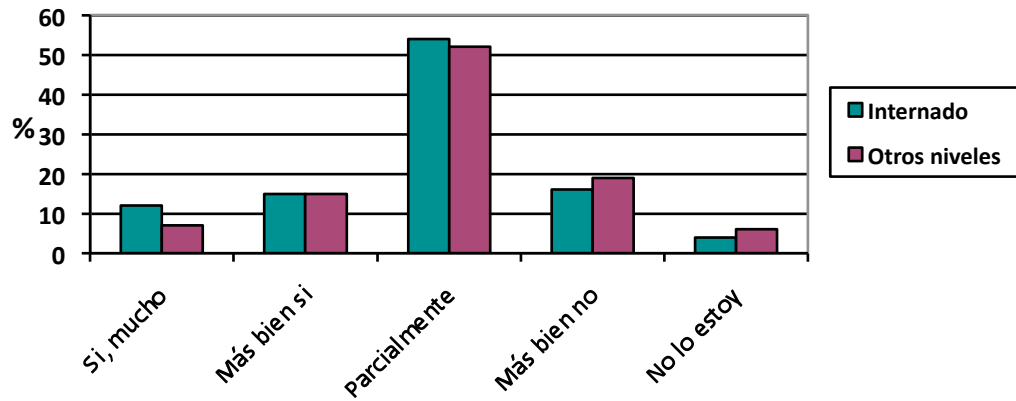


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

El siguiente grupo de preguntas sobre el modo de vida relacionado con la salud explica porque pensamos que el aumento de peso en los estudiantes varones de internado se relaciona con la alimentación ya que en su mayoría los estudiantes se encuentran “parcialmente” satisfechos con sus hábitos.

Gráfico 18

¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus hábitos alimenticios?

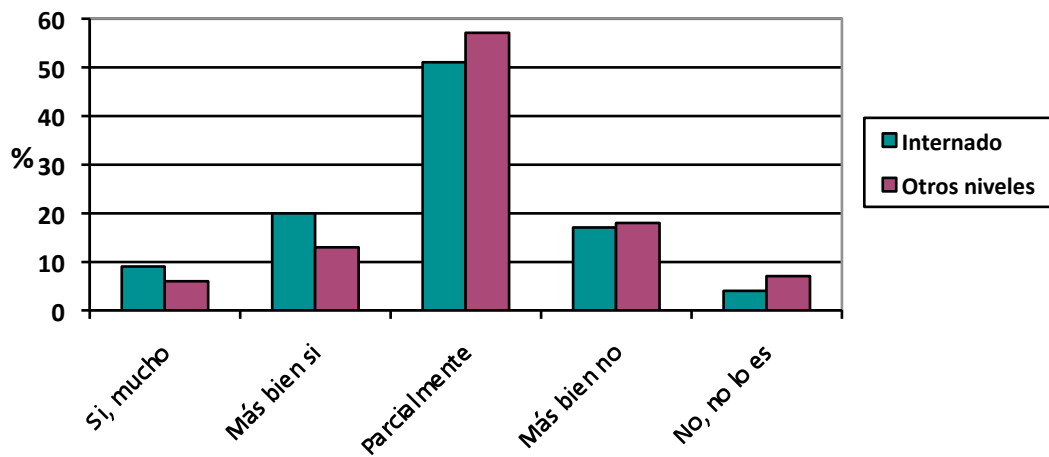


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

De la mano con los hábitos alimenticios se encuentra una alimentación equilibrada, la mayoría de los estudiantes en los dos grupos considera que “parcialmente” mantienen una, pero la descripción de aquellos que si piensan conservar una dieta equilibrada o no se encuentra a continuación.

Gráfico 19

¿Su alimentación es equilibrada?

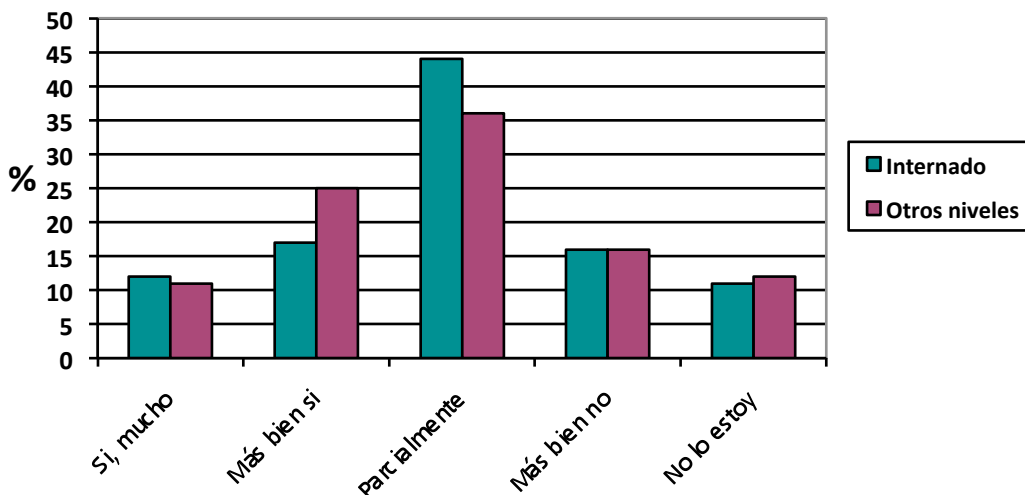


Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

La última interrogante busca enterarse si los estudiantes se encuentran satisfechos con su peso, nuevamente la mayoría responde “parcialmente” como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 20

¿Se encuentra usted satisfecho/a con su peso?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Preguntando a los estudiantes si creen que su carrera le es útil para vivir más saludablemente, los estudiantes de internado respondieron en un 36,6% que su carrera sí es útil, un 23,2% que parcialmente y un 40.2% que no. El grupo de estudiantes de otros niveles respondió que sí en un 45.5% de los casos, parcialmente en un 34.7% y que no en un 19.8%. Nuevamente encontramos que los estudiantes de semestres inferiores tienen una actitud más positiva frente a sus estudios en comparación con los estudiantes de internado.

Sobre si piensan que su estilo de vida personal favorece o perjudica su salud. Los estudiantes de la facultad concuerdan que "parcialmente" (48.1% los de internado y 58.8% los de otros niveles) su estilo de vida favorece y los perjudica a la vez su salud porque

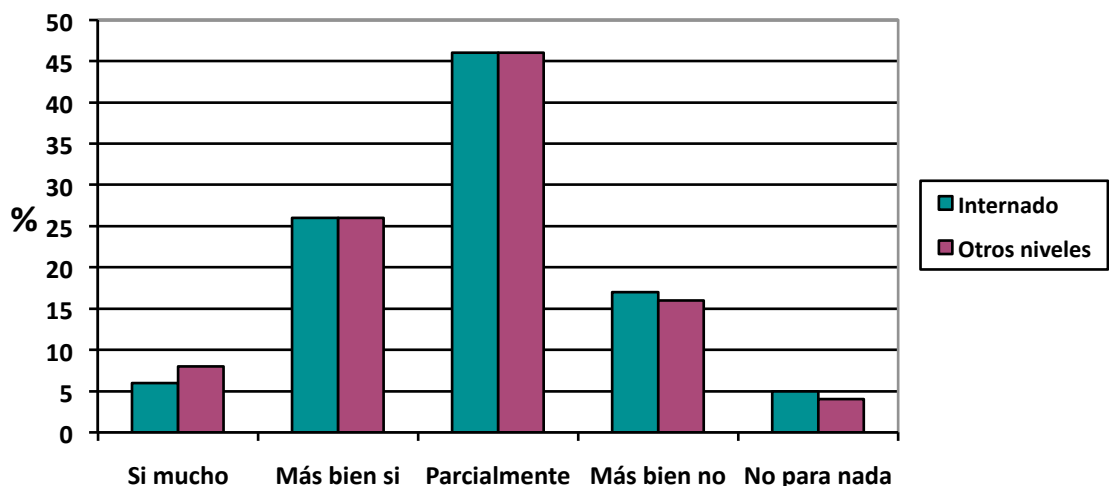
duermen poco, comen mal y tienen poco tiempo para otras actividades, pero que también se encuentran en constante actividad y movimiento.

4.2.6 Manejo del estrés

Estableciendo que existe un factor de estrés, el siguiente paso es consultar si los estudiantes consideran que cuentan con estrategias para enfrentarlo. Existe un consenso entre ambos grupos que han respondido en su mayoría contar “parcialmente” (46,3%) con estrategias para manejar el estrés, esta respuesta puede verse influenciada porque entre las estrategias más importantes para controlar el estrés se mencionan el deporte (29.3%) y dormir (23%), actividades sobre las cuales los estudiantes reportan “no tener tiempo suficiente”.

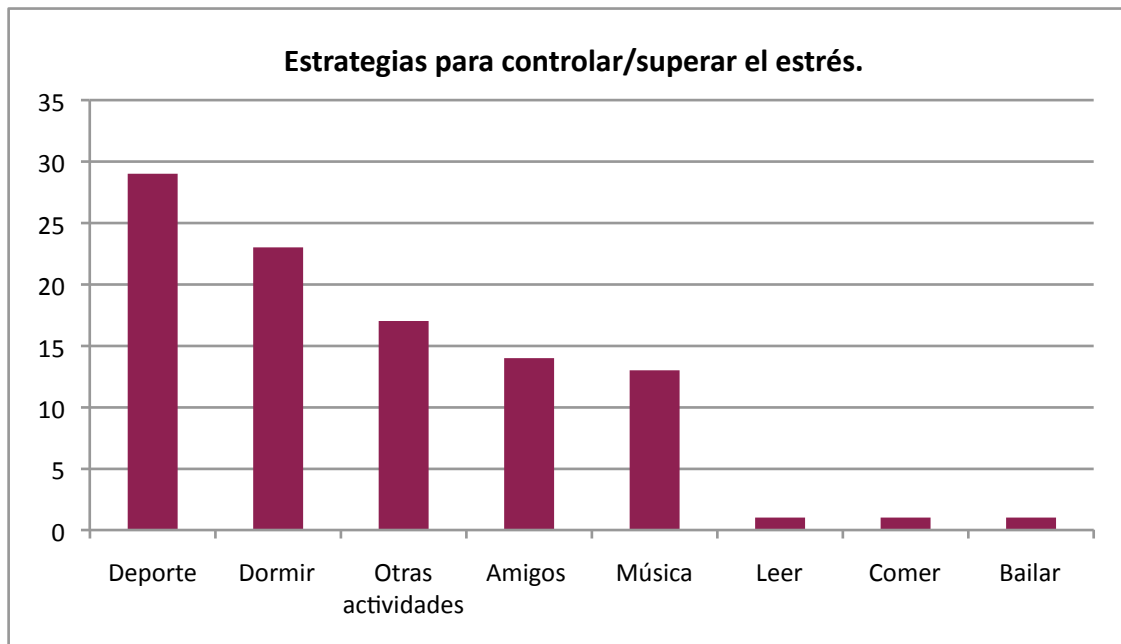
Gráfico 21

¿Según su criterio personal, cuenta usted con estrategias adecuadas para controlar/superar el estrés?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 22



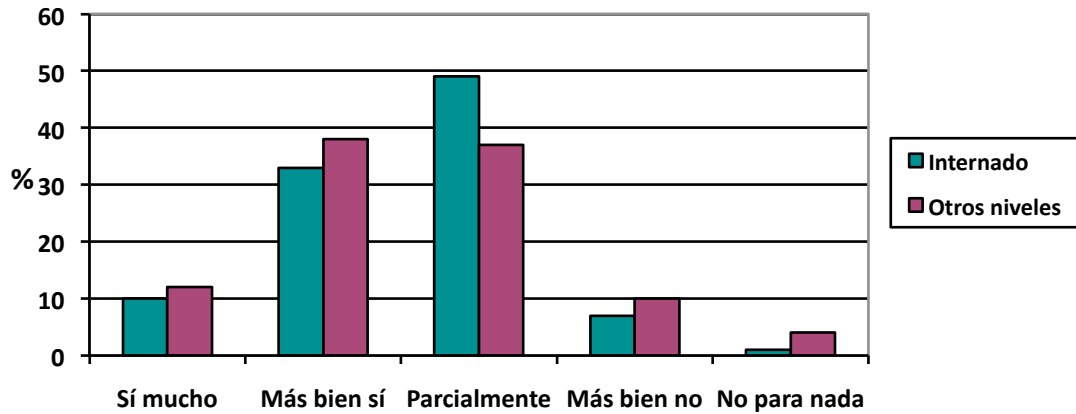
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Se preguntó también si según su criterio personal tendría sentido que se ofreciera un curso específicamente dirigido a estudiantes en lo que se refiere al control, superación del estrés, adquisición de estrategias y de consejos para los estudios. En general los estudiantes de la facultad están de acuerdo en que tendría sentido ofrecer estas clases (64.3%), aproximadamente un tercio (25.9%) piensa que tendría sentido parcialmente y una minoría (9.8%) considera que no tendría sentido. En contraparte los resultados muestran que del mismo grupo el 44.4% sí asistiría a un curso de esta naturaleza, el 38,8% quizás y el 16.8% no asistiría.

Siendo la malla curricular una de las fuentes de estrés en los estudiantes de medicina conviene conocer si los grupos si se sienten satisfechos con sus técnicas de estudio, la mayoría se encuentran parcialmente satisfechos (40,2%) como lo evidencia el siguiente gráfico.

Gráfico 23

¿Se encuentra usted satisfecho/a con sus técnicas de estudio?



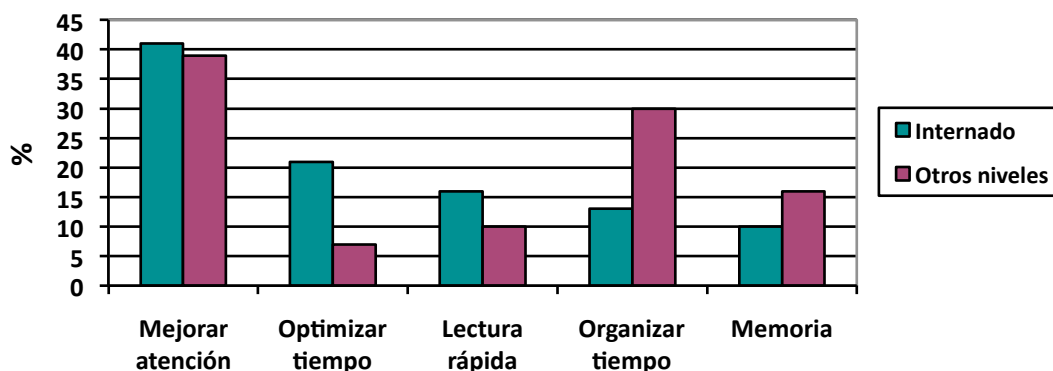
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

De aquellas técnicas con las que cuentan, se quiso saber en que quisieran mejorar; aquellas que más se mencionaron son: lectura rápida, manejo del tiempo (optimizarlo y organizarlo), mejorar la memoria y atención, las proporciones de cada una se expone a continuación.

Los dos grupos quisieran mejorar su atención pero puede ser por su inexperiencia que a los estudiantes de niveles inferiores les preocupa aprender a organizar su tiempo mientras que los de internado quieren usarlo de una manera óptima.

Gráfico 24

¿Qué es lo que usted más quisiera mejorar en lo que respecta a sus técnicas de estudio?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

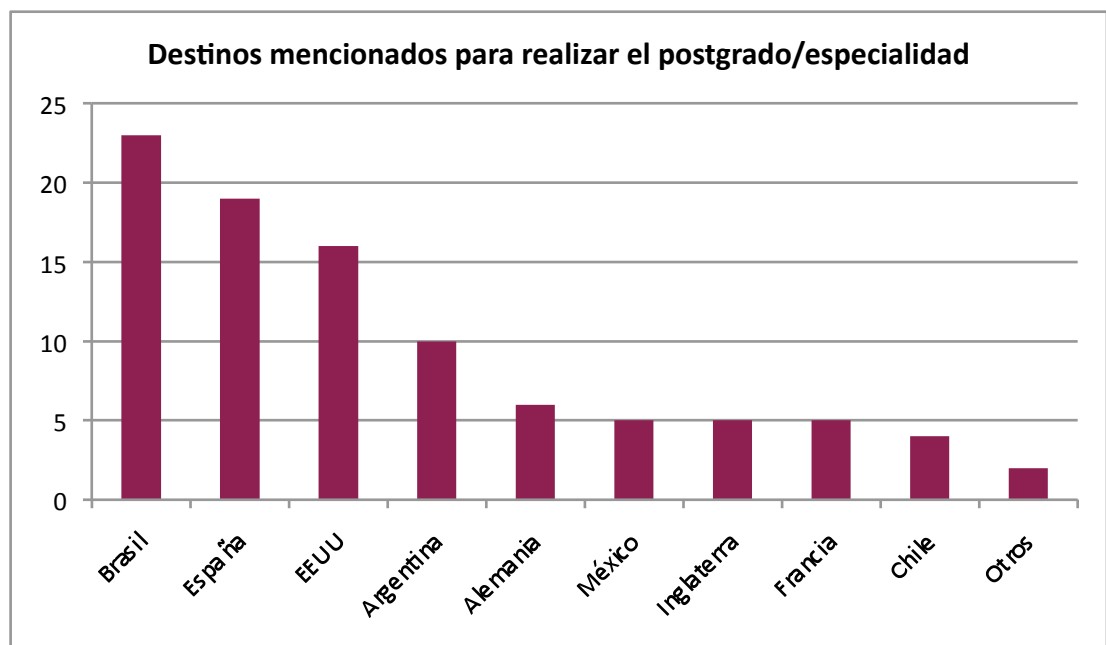
4.2.7 Postgrado

Complementando la encuesta se preguntó sobre los planes a futuro y sus estudios de cuarto nivel. La primera pregunta inquirió si desean realizar su especialidad en el Ecuador. Los estudiantes de internado respondieron en un 27,2% que desearían quedarse en el Ecuador y un 72,8% respondió que desearían continuar sus estudios fuera del país. Los estudiantes que cursan de primero a quinto año respondieron en un 10,3% que quisieran quedarse en el Ecuador y un 89,7% desearían irse al extranjero. Debido a una mayor cercanía con sus estudios de especialidad y una visión quizá más real sobre el futuro, se puede entender que los estudiantes de internado en una mayor proporción aspiren a cursar sus estudios en el país a diferencia de los estudiantes más jóvenes que desconocen

el alto nivel de competitividad, los costos y las desventajas que representan concursar en otros países en calidad de extranjero.

Aquellos que respondieron que quieren emigrar para realizar sus estudios de especialidad tienen en mente de forma mayoritaria destinos en Europa y América, específicamente los países mencionados se encuentran en el siguiente gráfico.

Gráfico 25



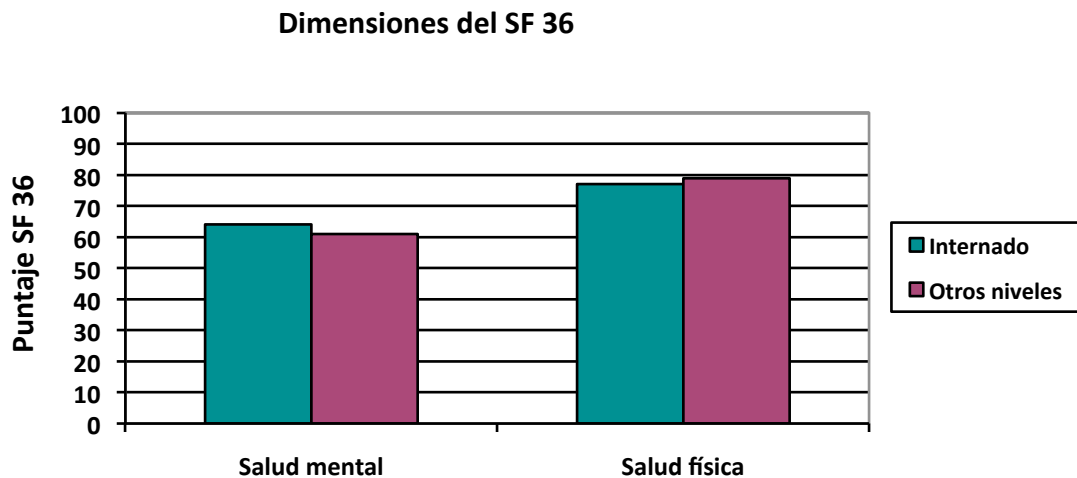
Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.3 SF-36

Iniciando con el uso del SF-36 se pregunta a los encuestados que comparen su salud actual con la de hace un año. Tanto el grupo de internado como el de los estudiantes de otros niveles presentan puntajes similares; de 47,76 en el grupo de internado y 45,95 en el grupo de los estudiantes de otros niveles.

Los puntajes obtenidos en las dimensiones mental y física del grupo de internado son de 64,38 y 76,74 respectivamente. El grupo de estudiantes de otros niveles obtuvo 61,84 puntos en la dimensión mental y 78,73 en la dimensión física.

Gráfico 26



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

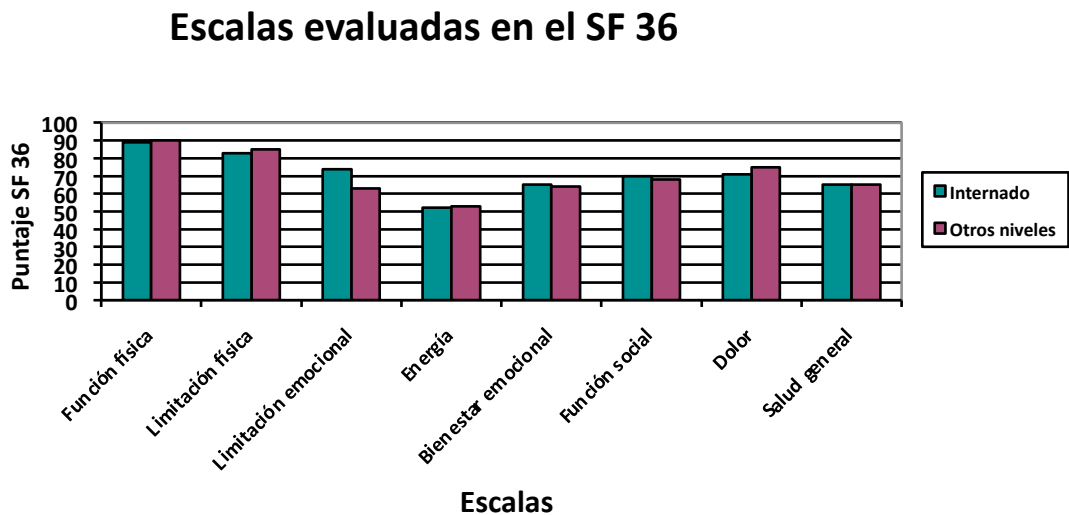
El detalle de cada una de las escalas evaluadas por el SF-36 se encuentra descrito en la siguiente tabla y su gráfico correspondiente. No se aprecia una diferencia significativa entre los puntajes obtenidos por los dos grupos, lo cual no significa que los puntajes obtenidos sean similares a sujetos semejantes en su grupo de edad.

Tabla 11**Puntajes obtenidos en las escalas evaluadas por el SF-36**

Nivel	Internado	Otros niveles	Facultad de Medicina
Función física	88,49	90,30	89,78
Limitación física	82,93	84,69	84,18
Limitación emocional	73,58	62,48	65,66
Energía	51,90	52,79	52,54
Bienestar emocional	64,68	64,00	64,19
Función social	68,90	67,82	68,13
Dolor	70,85	74,94	73,77
Salud general	65,24	64,51	64,72

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 27



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

4.4 Comparación de grupos

Para la aproximación a los datos se dividió la muestra en dos grupos, el primero conformado por los estudiantes que se encuentran cursando el año de internado rotativo y el segundo conformado por los estudiantes que se encuentran cursando de primero a quinto año.

Se realizó un análisis de variables no paramétricas con estos grupos y los apartados referentes a la percepción de su calidad de vida, como la calificación de su propio bienestar en relación a la salud, su nivel de satisfacción en relación a: su propio bienestar, su vida en general, su tiempo libre, su vida privada, sus hábitos relacionados con el sueño y sus hábitos alimenticios. Los resultados se encuentran en la siguiente tabla donde se evidencia que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Finalmente estudiando los mismos grupos se analizó aquellos apartados relacionados con el estrés y se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de internado rotativo con sentimientos de sobrecarga de trabajo y sentimientos de presión de tiempo.

Tabla 12

Relación entre cursar el internado rotativo y la satisfacción en diferentes aspectos de su vida.

Variable	Internado		Otros Niveles		CHI ²	Valor p
	Respuesta positiva	Respuesta negativa	Respuesta positiva	Respuesta negativa		
Calificación de su propio bienestar	76	6	197	7	2,035	0,153
Satisfacción con su vida en general	79	3	199	5	0,314	0,575
Satisfacción con su tiempo libre	44	38	130	74	2,488	0,115
Satisfacción con su vida privada	78	4	193	11	0,311	0,860
Satisfacción con sus hábitos de dormir	45	37	117	87	0,146	0,703
Satisfacción con sus hábitos alimenticios	66	16	153	51	0,982	0,322

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

También se indagó sobre la posible asociación entre la percepción de la propia salud con varios factores que contribuyen a altos niveles de estrés y baja calidad de vida. Encontramos que sí existe una asociación significativa entre los grupos de estudiantes con una mala percepción sobre su salud y los grupos de estudiantes que no se encuentran satisfechos con su vida en general ($p:0,00000683$; $\chi^2:20,6$), que se sienten sobrecargados de trabajo ($p:0,0331$; $\chi^2:4,543$), que no se sienten satisfechos con sus hábitos de sueño ($p:0,00213$; $\chi^2:9,440$) y que sienten temor sobre su futuro ($p:0,029$; $\chi^2:4,77$). Esto significa que los factores asociados de manera positiva son determinantes sobre la percepción propia de la salud.

Por el contrario no se halló asociación entre el grupo de estudiantes con una mala percepción sobre su salud y el grupo de estudiantes que se siente bajo constante presión de tiempo ($p:0,473$; $\chi^2:0,515$), que piensan no tener suficiente tiempo libre ($p:0,958$; $\chi^2:0,0028$) y aquellos que no se encuentran satisfechos con su vida privada ($p:0,685$; $\chi^2:0,164$). En este caso al no encontrar una asociación positiva podemos pensar que estos factores no son los más importantes en la población estudiada.

Finalmente se comparó al grupo de estudiantes que constantemente se sienten sobrecargados de trabajo con el grupo de estudiantes que constantemente se siente bajo presión del tiempo y la asociación en este caso fue estadísticamente significativa ($p:0,00000366$; $\chi^2:22,176$).

Capítulo V

5.1 Discusión

La muestra final estuvo compuesta por 286 participantes; 82 cuestionarios corresponden a estudiantes de internado rotativo y 204 corresponden a estudiantes de primero a quinto año de carrera (con la excepción de estudiantes de séptimo semestre que no aceptaron participar en el estudio). De la muestra total tomada en la facultad de medicina los estudiantes se encuentran entre 17 y 33 años con una media de 21,58, el 56,60% de los participantes son mujeres y el 43,40% son hombres, estas proporciones son similares a las reportados por Páez Cala y colaboradores en su publicación “Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Manizales, 2008” donde la edad promedio de estudiantes de medicina colombianos es ligeramente menor (20,89 años) con una mayoría (60%) de estudiantes mujeres. De la misma forma Paro y colaboradores en su estudio “Calidad de Vida Relacionada con la Salud en estudiantes de medicina” reporta que la proporción de estudiantes mujeres en la universidad de Uberlandia en Brasil representa una proporción del 61,3% aunque la edad promedio de sus estudiantes es mayor con un promedio de 22,3 años. Cuando interrogados sobre su estado civil, la mayoría de los estudiantes de medicina tanto en la PUCE, como en las universidades de Manizales y Uberlandia respondieron en su mayoría ser solteros (95,8%, 91,9% y 96,6% respectivamente), pero referente a su situación de vivienda encontramos una gran diferencia con la par colombiana ya que en la PUCE el número de estudiantes que vive con sus padres representa el 78% y en Manizales esta es de 38,9% (en gran parte porque allí el 65,2% de los estudiantes proviene de otros municipios). Sin embargo el número de estudiantes que vive con sus padres en la

Universidad de Giessen es mucho menor, Klier en su tesis “Calidad de Vida de estudiantes de Medicina” describe una proporción de apenas el 10%.

Estudiando específicamente al grupo de estudiantes de internado rotativo encontramos que la edad promedio es de 24,68 años, con 56,10% de mujeres; el promedio de edad tanto como la proporción de mujeres es mayor en la PUCE al obtenido por Borda Pérez y colaboradores en su investigación sobre “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte” en Colombia (promedio de edad 23 años y 50% de mujeres). El promedio de edad reportado por los estudiantes de último año en Canadá por Satish y colaboradores en su estudio “Calidad de Vida relacionada con la salud entre estudiantes de medicina de último año” es aún mayor (26 años) al igual que la descrita por Klier en Giessen (25,9 años entre los estudiantes de semestres superiores séptimo a décimo segundo).

Satisfacción / insatisfacción en el trabajo y la elección de la carrera

Los estudiantes de internado rotativo destinan 67,32 horas a la semana a actividades relacionadas con el estudio, esto se puede transformar a un promedio de 9,61 horas diarias lo cual representa 6 horas menos que los internos del Hospital Universidad del Norte.

La sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo parecen ser factores estresantes entre los estudiantes de nuestra facultad ya que el 34,6% respondió que generalmente se encuentra bastante sobrecargado, 67,8% respondió sentirse constantemente presionado. En la Universidad de Giessen los resultados reportados por Jurkat y colaboradores en su estudio “Calidad de Vida, Superación del estrés y Promoción de salud en estudiantes de Medicina y Odontología” y por Krug en su tesis “Promoción de salud, Calidad de Vida y Superación del

estrés en los estudios de medicina” presentan proporciones más bajas frente a estos temas; Jurkat por ejemplo afirma que el 14,2% de los estudiantes de medicina se sienten constantemente bajo presión de tiempo y Krug encontró que el 16,2% de los estudiantes se encuentra bastante sobrecargado por el trabajo.

El porcentaje de estudiantes que no estudiaría medicina de nuevo es el mismo en Giessen (según Krug) que en la PUCE (7,7% y 7,5% respectivamente) pero la proporción de aquellos que sin dudarlo (75,9% y 68,2% respectivamente) lo haría de nuevo varia aunque no tan considerablemente como la proporción de los indecisos (16,7% y 24,1% respectivamente).

Actividades recreativas y superación / control del estrés

El 47,2% de los estudiantes de la PUCE controla sus tensiones platicando con familiares y amigos, según Krug en la universidad de Giessen el 68% de los estudiantes controla sus tensiones de la misma manera, lo cual es interesante dado que el porcentaje de estudiantes de Giessen que viven con su familia es significativamente menor. Otro aspecto interesante es que en Giessen el 50% controla el estrés a través de deporte y en nuestro caso solo el 30,4%. Hay una notable diferencia también entre los estudiantes que controlan su estrés a través de comentarios cínicos, representando el 36% en Giessen y apenas el 9,4% entre los estudiantes que participaron en nuestro estudio.

Cuando revisamos las actividades recreativas más comunes entre los estudiantes de Manizales encontramos: ver televisión, escribir, escuchar música, leer, utilizar la computadora, estar con la familia o amigos, salir al cine, bailar, fotografiar, realizar trabajos manuales e ir de compras; los estudiantes de la PUCE coinciden realizando actividades

recreativas como bailar, leer, escuchar música y compartir con amigos, pero además disfrutaban comer, dormir y hacer deporte.

Modo de vida en relación al bienestar de la salud

Cuando analizamos la proporción total de fumadores en la PUCE, ésta es mayor a la encontrada en los estudiantes de medicina en Manizales (32,5% vs. 26%) pero cuando analizamos las proporciones de fumadores habituales y ocasionales el número de fumadores habituales es menor (11,5% vs. 16,6%) y la diferencia del número de cigarrillos consumidos por semana es de casi la mitad en la PUCE (7 vs. 12,8).

Sin embargo estos números no se encuentran entre los extremos reportados a nivel mundial según Smith y Leggat en su artículo titulado “Una revisión internacional del consumo de tabaco entre estudiantes de medicina”, donde Estados Unidos (3%) y Australia (3%) contienen los índices más bajos y Japón (58%) y España (42%) los índices más altos.

En cambio la proporción de estudiantes que consumen bebidas alcohólicas es mayor en Manizales (69,4%) que en la PUCE (51,6%) y a diferencia de los índices encontrados sobre el consumo de tabaco; encontramos que los índices de consumo de alcohol en Estados Unidos es uno de los más altos (78%) según la investigación “Consumo de alcohol y asesoramiento sobre el consumo de alcohol entre estudiantes estadounidenses de medicina” conducida por Frank y colaboradores en 16 universidades alrededor de ese país.

Finalmente sobre el consumo de cafeína, apenas el 25,2% de los estudiantes de la PUCE no consume cafeína mientras que el valor descrito por Reig Ferrer y colaboradores en “Calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios” de la Universidad de Alicante

es del 44%, esto se debe quizás a que la población estudiada allí no incluye exclusivamente a estudiantes de medicina.

Encontramos que además del consumo de sustancias, la falta de ejercicio forma parte de los factores asociados a una baja calidad de vida en los estudiantes de la PUCE ya que a pesar de que el 59,8% de los estudiantes refiere realizar actividad física sólo el 16,4% lo realiza con regularidad teniendo como resultado un promedio de 2,87 horas semanales dedicadas a esta actividad; en cambio en la Universidad de Manizales encontramos que el 53% de los estudiantes de medicina realiza actividad física y lo hace en un promedio de 8,13 horas.

Otro detalle que llama la atención de los resultados obtenidos en la PUCE es que al realizar una división por géneros las mujeres refieren realizar ejercicio en mayor número que los hombres (124 vs. 162) lo cual antagoniza la propuesta de Lemos Giraldez quien estudió las “Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria” de la Universidad de Oviedo.

En la PUCE la mayoría de estudiantes está parcialmente satisfecho con su peso (38,5%) y en la Universidad de Alicante el 50% de los estudiantes asegura que su peso es el adecuado, por otra parte ellos en su mayoría (84%) están satisfechos con su aspecto físico y consideran mantener una dieta adecuada mientras en nuestro estudio encontramos que la mayoría de estudiantes se encuentran parcialmente satisfechos con la dieta que llevan (54,9%).

Migración de médicos

Stilwell y colaboradores tomando en cuenta los reportes emitidos por la base de datos de la división para la población de las Naciones Unidas afirma en su revisión “Desarrollando políticas basadas en evidencia sobre la migración de trabajadores de la salud” que en el año de 1995 cien millones de personas residieron fuera de su país de nacimiento, para el año 2000 la cifra aumentó a casi 175 millones de los cuales 1,5 corresponde a profesionales provenientes de países en vías de desarrollo que trabajan en países desarrollados. A pesar de que la proporción de profesionales de la salud es pequeña dentro del grupo de profesionales migrantes, tiene un efecto sobre aquellos médicos que se quedan y sobre el sistema de salud.

La universidad católica reconoce que existe un proceso de migración de los profesionales médicos graduados de su facultad, es así que en el Manual del Docente explica:

“Un alto porcentaje de nuestros profesionales, de acuerdo a datos reales, sale a especializarse fuera del país, lo cual obliga a la PUCE a revisar la formación del pregrado tanto en los contenidos como en las habilidades, destrezas y competencias profesionales, de tal manera que pueda estar a la altura de otras instituciones de prestigio, tanto de América como de la Comunidad Europea. Esto permitirá la equiparación de los títulos y la internacionalización de la Facultad de Medicina de la PUCE.”

En nuestro estudio se encontró que el 72,8% de los encuestados pretende migrar para continuar con sus estudios de cuarto nivel, este valor es muy superior al 13,8% reportado por Hernández en su estudio sobre “Migración de médicos en Venezuela”, el mismo estudio cita a España como el primer destino quizá por el idioma en común o patrones culturales; lo cierto es que en el caso de los estudiantes de la PUCE, España también es un destino popular que refieren el 25,5% de los estudiantes de internado y el 17,4% de los estudiantes de otros niveles.

SF-36

Paro y colaboradores tomaron en la Universidad de Uberlandia (Minas Gerais) una muestra de 352 estudiantes en el año 2007 y aplicaron el SF-36 a estudiantes de todos los niveles de la facultad de medicina. En este estudio los estudiantes de último año presentaron puntuaciones más bajas en las dimensiones de salud mental y física, afirmando con ello que la CVRL cambia a medida que avanza la carrera; a diferencia de los resultados obtenidos en Mina Gerais la hipótesis en nuestro estudio no fue comprobada, porque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de internado y percepción de baja calidad de vida. Además los estudiantes de internado de la PUCE presentaron menores puntuaciones en la dimensión de salud física del sf-36 pero puntuaciones más altas que los estudiantes de otros niveles en la dimensión de salud mental.

Otras diferencias que encontramos son que en la PUCE los estudiantes de internado rotativo presentan mejores puntajes en las escalas de limitación emocional, bienestar emocional y funcionamiento social mientras que los mismos aspectos recibieron puntuaciones más bajas entre los estudiantes de último año en Brasil.

La única escala donde nuestro estudio coincide con Paro es en vitalidad, porque en los dos casos se encontró que los estudiantes de internado presentaban puntajes más bajos que los estudiantes de otros niveles.

A pesar de no encontrar una diferencia entre ambos grupos es necesaria la comparación de las puntuaciones totales obtenidas por los estudiantes de la facultad con los valores de referencia para la población en Estados Unidos para este grupo de edad; con este análisis encontramos que los estudiantes de la PUCE presentan mejores puntuaciones en las

escalas de funcionamiento físico, limitación física y dolor pero valores menores en el resto de escalas (funcionamiento social, limitación emocional, vitalidad, salud general y bienestar emocional).

5.2 Conclusiones

- La percepción de los estudiantes de la facultad de medicina sobre su calidad de vida es de carácter positivo.

- El ser estudiante de Internado Rotativo en la facultad de medicina no es un factor de riesgo en comparación con ser estudiante de otros niveles puesto que no hay una asociación significativa entre el grupo de internado rotativo y mayores niveles de estrés o percepción de baja calidad de vida.

-Los factores asociados a un alto nivel de estrés que encontramos en los estudiantes de la facultad de medicina son: sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, insatisfacción con su tiempo libre, falta de tiempo para actividades recreativas y de descanso.

-Los factores asociados a baja calidad de vida que encontramos en los estudiantes de la facultad de medicina son: dormir pocas horas, insatisfacción con sus hábitos de sueño, consumo de alcohol, tabaco y cafeína e inactividad física.

5.3 Limitaciones

- Los estudiantes que forman parte de la facultad de medicina en la PUCE son un grupo selecto de adultos jóvenes y privilegiados del país, los cuales además de contar con los recursos necesarios para estudiar en una universidad privada, han sido seleccionados luego de obtener los puntajes más altos en la prueba de admisión obligatoria y específica para la PUCE que se administra previo al inicio de cada semestre. Es por esto que no se debe

esperar necesariamente que la muestra de la población de estudiantes de la PUCE represente a la población de estudiantes de medicina de la ciudad o el país.

- El SF-36 es un instrumento que toma entre 5 y 10 minutos para responder, los cuales sumados a los 15 o 20 minutos que toma completar el cuestionario “Superación/Control del estrés y Calidad de Vida en los estudios de Medicina”; representan aproximadamente un mínimo de 20 y un máximo de 30 minutos (“teóricamente”, ya que para los estudiantes de niveles inferiores pudo tomar hasta 50 minutos) para completar la encuesta.

- Durante el proceso de aplicación se evidenció que la extensión de la encuesta y el tiempo invertido en ella causaron tanto molestia y desesperación como una disminución paulatina en el nivel de interés y seriedad de los estudiantes, quienes dentro de la facultad se encuentran en medio de un horario estrecho. Esta limitación sumada a la teoría de “conspiración del silencio” lleva a pensar que muchas de las respuestas no reflejan la realidad o percepción de los estudiantes.

- Teniendo en cuenta las limitaciones del SF-36 se tomó la decisión de complementarlo con el cuestionario “Superación/Control del estrés y Calidad de Vida en los estudios de Medicina”, sin embargo aún quedan aspectos contemplados en los modelos clásicos para el estudio de la calidad de vida que no han sido evaluados como: la autoestima, el funcionamiento familiar, el funcionamiento sexual y la presencia o ausencia de enfermedades crónicas.

- Dentro del estudio del estrés no han sido evaluados los factores específicos de la carrera medica como: estresores académicos, estresores intra e interpersonales, estresores

relacionados con la enseñanza y el aprendizaje, estresores sociales, estresores relacionados con la motivación y estresores relacionados con las actividades grupales.

- A pesar de que el SF-36 es un instrumento genérico que se encuentra relacionado con una amplia variedad de estudios a nivel mundial sobre la calidad de vida de una población, en el Ecuador aún es necesario contar con datos normativos específicos que representen una base para comparar el efecto de ciertas variables sobre grupos específicos.

- Debido a que los estudiantes de medicina reciben clases dentro y fuera del campus universitario, la aplicación de las encuestas fue difícil específicamente en los grupos de externado e internado rotativo ya que los sujetos se encuentran divididos en grupos pequeños en diversos servicios dentro de múltiples hospitales de la ciudad; la aplicación del cuestionario en el grupo de internos rotativos que se encontraban realizando su rotación pre-rural no fue llevada a cabo ya que se localizaban fuera de Quito en diversas ciudades del país, específicamente en la costa y el oriente.

5.4 Recomendaciones

Es importante reconocer que los problemas causantes del estrés y las circunstancias asociadas a una baja calidad de vida dentro de la carrera médica no siempre se pueden evitar o anular, por ello se sugiere:

-Inicialmente, fomentar en los estudiantes un proceso de introspección para identificar estados emocionales o hábitos nocivos y buscar apoyo/ayuda en caso de ser necesario.

-Se puede implementar un sistema de apoyo entre colegas con un programa de mentores donde los estudiantes de niveles superiores o miembros de la facultad comparten y

discuten con los estudiantes de niveles inferiores las preocupaciones y desafíos que presenta el estudio de su carrera.

-Crear espacios de apoyo, disponibles y accesibles para mejorar las deficiencias de los estudiantes en cuanto a sus técnicas de estudio, por ejemplo clases orientadas a enseñar estrategias para ejercitar la memoria, resolver problemas o lectura rápida (como lo han expresado los estudiantes en el cuestionario complementario de este estudio).

-Promover la enseñanza y aprendizaje sobre técnicas de manejo/control del estrés; dentro de las más conocidas y practicadas hoy en día podemos mencionar: técnicas de relajación muscular, técnicas de respiración y meditación.

-Creación de asignaturas dentro del plan de estudios para el arte y el deporte, que tengan como objetivo el desarrollo de un ambiente seguro y de esparcimiento donde los estudiantes se puedan expresar, ser creativos e imaginativos, conscientes de sí mismos; en el cual puedan desarrollar habilidades de observación e identificar sentimientos y emociones que muchas veces no pueden articular. Las asignaturas de arte pueden incluir escritura y lectura, tanto en poesía como en prosa o artes visuales incluyendo exhibiciones fotográficas, teatro, danza y artes plásticas como pintura o escultura. Las asignaturas de deporte pueden incluir actividades individuales o grupales (un el modelo implementado por la Universidad de California en su programa de Humanidades Médicas y Arte estipula que a estas asignaturas no se les atribuye una nota pero para garantizar la participación se requiere asistencia y consumir un proyecto creativo).

Todas estas iniciativas orientadas bajo el precepto de “Universidades Saludables” instituido en Canadá a partir del año 1986 en donde se propuso que el cuidado de la salud se fomente desde los contextos cotidianos.

Una limitación en el análisis de la calidad de vida en el Ecuador es la falta de estudios concentrados en el tema, por eso:

-Es necesario apoyar este tipo de estudios para contar más adelante con datos normativos nacionales o regionales con los cuales se pueda conocer la situación que se vive en el Ecuador respecto al tema y en el futuro poder valorar el efecto de las intervenciones.

-Complementar los estudios cuantitativos con estudios cualitativos ya que las valoraciones numéricas relacionadas con la calidad de vida son consideradas “blandas” ya que no hay referencias ni valores estándar con los cuales se pueda realizar un análisis.

Capítulo VI

6 Bibliografía

- 1 World Health Organization (1998): Programme on Mental Health; *WHOQOL User Manual*. Ginebra, 106 pp.
- 2 Gracia, D. (1998): Fundamentación y enseñanza de la bioética. Editorial El Buho, Bogotá, 1: 155-173.
- 3 González, R., Calzadilla, L., Amador, J., Miguez, B., Caravia, F., *et al* (2004): Calidad y Estilo de Vida en Estudiantes de Medicina y Enfermería. *Rev. Hosp. Psiquiátrico, La Habana*, 1 (1).
- 4 World Health Organization (1958): Constitution of the World Health Organization. Ginebra, Anexo 1: 459-472.
- 5 Gracia, R. (2012): Breves anotaciones para una discusión sobre mejoramiento de la calidad de vida y el papel de las empresas privadas y las instituciones públicas, Universidad Santiago de Cali, 9pp.
- 6 Massone, F. (2010): Experiencias del cuerpo en movimiento durante la vejez. Tesis doctoral, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- 7 Secretaria Distrital de Integración Social (2011): Fundamentación del área temática de calidad de vida. Bogotá DC, 61pp
- 8 Sánchez González, M. A. (2006): Ética, Bioética y Globalidad. Editorial CEP, Madrid, 1: 234- 243
- 9 Restrepo, H., Malaga, A. (2002): Promoción de la Salud; *Como construir una vida saludable*. Bogotá, Editorial Médica Internacional, 305 pp.

- 10 World Health Organization (1997): Programme on Mental Health; Measuring Quality of Life. Ginebra, 13 pp.
- 11 Rosser, R. (1993): The history of health related quality of life in 10 ½ paragraphs. Journal of the Royal Society of Medicine, Londres, 86: 315-318
- 12 Forward, S. (2003): State of the art report on Life Quality assessment in the field of transport and mobility. Swedish National Road and Transport Research Institute, Suecia, 31pp.
- 13 Velarde-Jurado, E., Ávila-Figueroa, C. (2002): Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Rev. Salud Pública, México, 44 (5): 448-463
- 14 Ware, J. E. (2012): SF-36 Health Survey Update. SF-36.org, Boston
- 15 Zúniga, M. A., *et al* (1999): Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36; *Resultados preliminares*. Rev. Salud Pública, México, 41 (2): 110-118
- 16 Lasso, J. F. (1996): STRESS. Clinica de Stress, Quito, 297 pp.
- 17 Seaward, B. L. (2006): Managing stress; *Principles and Strategies for Health and Well-being*. Jones and Bartlett Publishers, USA, 2 (2): 545pp.
- 18 Nogareda, S. (2012): Fisiología del Estrés. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 6 pp.
- 19 Seguin, A. (1947): Introducción a la Medicina Psicosomática. Emp. Grafica T. Scheuch S.A., Lima, 288 pp.
- 20 Gracia, D. (2004): Ética de la calidad de vida. Rev. Selecciones de Bioética, Universidad Javeriana, Bototá, 5: 4-18
- 21 Martinez, E. (1997): Evaluación del estrés en estudiantes de medicina. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante.

- 22 Lipovcan, K., Prizmic, L., Zganec, N. (2004): Shift and non shift workers. Rev. Saúde Pública, Brasil, 38: 3-10.
- 23 Yusoff, M., Rahim, A., Yaacob, M. (2010): The development and validity of the Medical Student Stressor Questionnaire (MSSQ). Asean Journal of Psychiatry, 11 (1): 24pp.
- 24 Rosser, R. (1993): The history of health related quality of life in 10 ½ paragraphs. Journal of the Royal Society of Medicine, Londres, 86: 315-318
- 25 Schwartzmann, L. (2003): Calidad de vida relacionada con la salud; *aspectos conceptuales*. Revista de Ciencia y Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, 8 (2): 9-21 pp.
- 26 Guyton, A., Hall, J. (2010): Tratado de Fisiología Médica. Editorial Saunders, USA, 11: 950-958.
- 27 Arias, M., et al (1997): Tratado de Endocrinología Pediátrica. Ediciones Díaz Santos, Madrid, 2: 865- 876.
- 28 Pichot, P., López-Ibor, J., Valdés, M. (1995): DSM- IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A, Barcelona.
- 29 Fauci, A., Braunwald, D., Kasper, L. (2009): Harrison: Principios de Medicina Interna. Mc-Graw Hill Interamericana Editores, México.
- 30 Farreras, Rozman (2009) Medicina interna. Ediciones Hartcourt, España, 16.
- 31 Tan, J. T., Winkelman, C. (2004): The contribution of stress level, coping styles and personality traits to International students' academic performance. An Australian Catholic University Publication, Melbourne, 10 pp.
- 32 Carver, C., Connor-Smith, J. (2010): Personality and Coping, Annual Review of Psychology. USA, 61: 679-704
- 33 Myers (2005): Psicología. Editorial Médica Panamericana, México, 7: 737 pp.

- 34 Higgings, H. (1990): Empathy training and stress; *their role in medical students' responses to emocional patients*. University of British Columbia, Canadá, 183 pp.
- 35 Oxington, K. (2005): Psychology of stress. Nova Science Publishers Inc., New York, 269 pp.
- 36 Facultad de Medicina (2008): Manual del docente. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 145pp.
- 37 Firth, J. (1986): Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal*, Londres, 292: 1177-1181 pp.
- 38 Cordero, F. (2005): Calidad de vida en los residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 96 pp.
- 39 McCue, J. (1982): The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England Journal of Medicine*, Londres, 306:458-463 pp.
- 40 Reig, A., García, J., Ferrer, R., Richart, M. (2003): La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Universidad de Alicante, España, 94 pp.
- 41 Chen, P. (2012): The Bullying Culture of Medical School. *New York Times Online Edition*, USA.
- 42 Chuch, J., *et al* (1993): Is Being Doctor Still Fun?. Universidad de California, Sacramento, 159 (6): 665-669 pp.
- 43 Shapiro, J., Rucker, L. (2003): Can Poetry Make Better Doctors?; Teaching the Humanities and Arts to Medical Students and Residents at the University of California, Irvine, College of Medicine. *Rev. Academic Medicine*, USA, 78 (10): 953:957
- 44 Dyrbye, L., *et al* (2006): A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. *Rev. Mayo Clinic Proc.*, Rochester, 81 (11): 1435-1442

- 45 Paro, H., *et al* (2010): Health-related quality of life in medical students. *Rev. Medical Education, Minas Gerais*, 44: 227-235
- 46 Raj, S., Simpson, C., Hopman, W., Singer, M. (2000): Health-related quality of life among final-year medical students. *Canadian Medical Association Journal, Canadá*, 162 (4): 509-510 pp.
- 47 Henning, M., *et al*(2010): Quality of life and motivation to learn; *A study of medical students*. *Issues in Educational Research, Auckland*, 20 (3): 244- 256 pp.
- 48 Dyrbye, L., *et al* (2011): The problems program directors inherit; medical student distress at the time of graduation. *Rev. Mayo Clinic, USA*, 33: 756-758 pp.
- 49 Jurkat, H., Höfer, S., Richter, L., Cramer, M., Vetter, A. (2011): Lebensqualität und Gesundheitsförderung bei Studierenden der Human- und Zahnmedizin; Eine Vergleichsuntersuchung. *Dtsch Med Wochenschr, Alemania*, 136: 1245-1250.
- 50 Rosen, D. (1973): Physician, Heal Thyself. *Clinical Medicine, Clinical Medicine Publications, San Francisco*, 80: 25-27.
- 51 Bertherat, T., Bernstein, C. (2001): *El cuerpo tiene sus razones*. Editions du Seuil, París, 140 pp.
- 52 Shapiro, SL (2000): Stress Management in medical education: a review of the literature. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(7): 748-759
- 53 Herreros Rodriguez, M. P., *et al* (1996): Calidad de Vida en estudiantes de ciencias de la salud. *Anales de Psiquiatría*, 12(4): 141-148
- 54 Páez Cala, M. L., *et al* (2009): Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Manizales. *Archivos de Medicina de la Universidad de Manizales, Colombia*, 9 (2): 146-164

- 55 Lemos, S., Fidalgo, A. (1993): Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. *Revista de la Universidad de Oviedo, España*, 5(2), 337-350
- 56 Hernández, T., Ortiz Gómez, Y. (2011): La migración de médicos en Venezuela. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2): 177-181
- 57 Organization for Economic Co-operation and Development: Trends in International Migration, Annual report 2011 edition.
- 58 Frank, E., et al (2008): Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students. *British Medical Journal*, 337: 2155.
- 59 Ritchey, F. (2002): *Estadística para las ciencias sociales*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, México, 1.
- 60 Govinden, L. P. (2001): *Introducción a la estadística*. McGraw-Hill Editores, Colombia, 2.
- 61 Jurkat, H., Reimer, C., Schröder, K. (2000): Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und –studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. *PPmP Psychother Psychosom med und Psychol*, Stuttgart – New York, 50: 215-221.
- 62 Smith, D., Leggat, P. (2007): An International review of tobacco smoking among medical students. *Journal of Postgraduate Medicine*, 53 (1): 55-62.
- 63 Pérez, M., et al (2007): Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del hospital Universidad del Norte. *Publicación de la Universidad del Norte, Barranquilla- Colombia*, 23 (1): 43-51.
- 64 Sheehan, K., et al (1990): A Pilot study of Medical Student “Abuse”: Student Perceptions of Mistreatment and Misconduct in Medical School. *JAMA*, 263 (4): 533-537.
- 65 Dyrbye, L., et al (2011): The problems program directors inherit: medical student distress at the time of graduation. *Medical Teacher Journal*, 33: 756-758.

- 66 Jurkat, H. (2007): Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten: Erfahrungen aus der empirischen Forschung. Dtsch Med Wochenschr, Stuttgart-New York, 133: 14-16.
- 67 Dyrbye, L., et al (2010): Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-Institutional Study. Academic Medicine, 85 (1): 94-102.
- 68 Dyrbye, L., et al (2006): A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. Mayo Clinic Proc, 81 (11): 1435-1442.
- 69 Thomas, M., et al (2007): How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy?: A multicenter Study. Society of General Internal Medicine, 22: 177-183.
- 70 West, C., Tan, A., Habermann, T., Sloan, J., Shanafelt, T. (2009): Association of Resident Fatigue and Distress with Perceived Medical Errors. JAMA, 302 (12): 1294-13000.
- 71 Durán, S., Castillo, M., Vio del R., F. (2009): Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus ANTUMAPU. Rev. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile, Santiago, 36 (3): 200-209.
- 72 Reimer, C., Trinkaus, S., Jurkat, H. (2005): Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Psychiat Prax, Stuttgart – New Yorkk, 32: 381-385.
- 73 Dunn, L., Inglewicz, A., Moutier, C. (2008): A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. Academic Psychiatry, 32 (1): 44-53.
- 74 Howard, S., Gaba, D., Rosekind, M., Zarcone, V. (2002): The Risk and Implications of Excessive Daytime Sleepiness in Resident Physicians. Academic Medicine, 77 (10): 1019-1025.
- 75 Jurkat, H. (2007): Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten. Dtsch Med Wochensch, Stuttgart- New York, 133: 14-16.

- 76 Dyrbye, L., et al (2012): Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*, 304 (11): 1173-1180.
- 77 Dyrbye, L., Thomas, M., Shanafelt, T. (2006): Systematic Review of Depression, Anxiety and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students.
- 78 Dyrbye, L., et al (2010): Development and preliminary psychometric properties of a well-being index for medical students. *BioMed Central*, 10 (8): 2-9.
- 79 Dyrbye, L., Thomas, M., Shanafelt, T. (2005): Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proc.*, 80 (12): 1613-1622.
- 80 Norman, J., Sloan, J., Wyrwich, K. (2003): Interpretation of Changes in Health-Related Quality of Life: The Remarkable Universality of Half a Standard Deviation. *Lippincott Williams & Wilkins, Medical Care*, 41 (5): 582-592.
- 81 Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W., Gilson, B. (1981): The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Lippincott Williams & Wilkins, Medical Care*, 19 (8): 787-805.
- 82 Ware, T., Donald, K. (1992): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection.
- 83 Hunt, S., McEwen, J., McKenna, S. (1985): Measuring Health Status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35: 185-188.
- 84 Bergner, M. (1989): Quality of Life, Health Status, and Clinical Research. *Medical Care, Lippincott Williams & Wilkins*, 27 (3): 148-156.
- 85 Wilson, I., Cleary, P. (1995): Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*, 273 (1): 59-65.

86 Wheaton, A., et al (2011): Sleep Disordered Breathing and Depression among US Adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *SLEEP*, 35 (4): 461-467.

87 Buchanan, D., et al (2007): Challenges and Recommendations for Advancing the State-of-the-Science of Quality of Life Assessment in Symptom Management Trials. *American Cancer Society*, 110 (7): 1621 – 1628.

88 Martin, S., Engleman, H., Deary, I., Douglas, N. (1996): The Effect of Sleep Fragmentation on Daytime Function. *Am J Respir Crit Care Med*, 153: 1328- 1332.

vive sin hijos ___

Altura (cm) _____

Peso (kg) _____

¿En qué semestre de su carrera se encuentra Usted al momento? _____

Superación / control del estrés y calidad de vida en los estudios

Copyright 2009 Priv.-Doz. Sr. Dr. H. B. Jurkat

La salud, según la OMS, enmarca no solamente el bienestar físico, sino también el bienestar psíquico y social de los seres humanos.

Cuando Usted considera esta definición de la salud, ¿cómo calificaría su propio bienestar?

muy bien ___ bien ___ satisfactorio ___ más bien malo ___ deficiente ___

Satisfacción / insatisfacción en el trabajo & elección de la carrera

¿Cuántas horas dedica Ud. a sus estudios (clases, preparación)?

Número de horas: ___ ___

¿Cuántas horas, de ser el caso, emplea Ud. en un trabajo adicional a sus estudios (trabajo remunerado)?

Número de horas: ___ ___

¿Se siente Ud. sobrecargado(a) a causa de la cantidad de trabajo que se exige de Usted?

mucho ___ bastante ___ moderadamente ___ un poco ___ nada ___

¿Se siente Ud. bajo presión de tiempo?

constantemente ___ ___ ___ ___ ___ con poca frecuencia

¿Se siente Ud. satisfecho(a) con la carrera que sigue al momento?

mucho ___ en general, sí ___ moderadamente ___ no mucho ___ nada ___

¿Experimenta Ud. algún temor a futuro a causa de la profesión que ejercerá más tarde?

continuamente ___ ___ ___ ___ ___ con poca frecuencia

¿Escogería Ud. nuevamente la carrera que estudia ahora, si tuviese otra vez la oportunidad de decidir al respecto?

sí ___ no estoy seguro(a) ___ no ___

¿Cuándo decidió Ud. estudiar la carrera que ahora estudia? Edad ___ ___

¿Puede Ud. describir en pocas palabras cuáles fueron los motivos, por los cuales finalmente se decidió por la carrera que ahora estudia?

.....
.....
.....

Vida privada

¿Se siente Ud. satisfecho(a) con su vida en general?

sumamente ___ mucho ___ bastante ___ poco ___ nada ___

¿Siente Ud. a veces el deseo de dormirse y de no despertar más?

con frecuencia ___ ocasionalmente ___ con poca frecuencia ___ casi nunca ___ nunca ___

¿Mantiene Ud. una relación estable?

sí ___ no ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo ya mantiene esta relación?

.....

¿Se encuentra Ud. satisfecho(a) con la unión/relación que mantiene?

mucho ___ en general, sí ___ más o menos ___ más bien, no ___ no___

¿Invierte Ud. suficiente tiempo en su relación?

siempre ___ normalmente, sí ___ frecuentemente ___ más bien, no ___ no ___

¿Su pareja trabaja respectivamente, se encuentra estudiando o capacitándose profesionalmente?

sí ___ no ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo dedica a esa actividad en la semana?

Número de horas: ___ ___

¿En qué profesión trabaja su pareja, qué carrera estudia o en qué área profesional se capacita su pareja?

.....

¿Tiene Usted hijos?

sí ___ no ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos? _____

¿Se encuentra Ud. satisfecho(a) con su tiempo libre?

sí, mucho ___ ___ ___ ___ no, para nada

¿Cuántos amigos cercanos tiene Usted? _____

¿Se encuentra Ud. satisfecho(a) con la calidad de su círculo de conocidos y amigos?

sí, mucho ___ ___ ___ ___ no, para nada

¿Se siente Ud. bien/cómodo(a) en su vida privada?

sí, mucho ___ ___ ___ ___ no, para nada

Actividades recreativas y superación/control del estrés

¿Dispone Ud. de suficiente tiempo para actividades recreativas/de descanso?

sí ___ parcialmente ___ no ___

¿Se siente Ud. en capacidad de relajarse, de descansar, cuando se le presenta la oportunidad de hacerlo?

siempre ___ normalmente, sí ___ frecuentemente, sí ___ a veces ___ nunca ___

¿Cuántas horas promedio duerme Usted? Número de horas: _____

¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con sus hábitos de dormir?

sí ___ parcialmente ___ no ___

¿Sufre Ud. de desórdenes de sueño/dificultades al dormir?

sí ___ de vez en cuando ___ no ___

Si la respuesta es “sí” o “de vez en cuando”, se trata de (son posibles varias respuestas):

- dificultades para conciliar el sueño
- dificultades para dormir sin despertar durante el sueño varias veces
- frecuentemente un despertar temprano
- otros

¿Cómo maneja Ud. en general las tensiones, que se derivan de sus estudios?

(son posibles varias respuestas)

- Más bien tiendo a resolver las tensiones conmigo mismo/a.
 - En general, descargo las tensiones del medio que me rodea, en especial:
 - compañeros/as de estudios superiores
 - llevándolas conmigo a casa
 - Controlo tensiones resultantes de mi trabajo profesional de otra manera
- (son posibles varias respuestas):

- realizando actividades deportivas
- haciendo comentarios cínicos
- manteniendo contactos entre colegas y gente a mi alrededor y priorizando pláticas amistosas
- conversando con amigos y/o con familiares
- consumiendo una bebida alcohólica

___ distrayéndome

___ relajándome

Otros, como por ejemplo:

.....

Modo de vida en relación al bienestar de la salud

¿Fuma Usted?

sí, con regularidad ___ sí, ocasionalmente ___ no ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos cigarrillos fuma Ud. al día?

Número de cigarrillos: _____

¿Usted se mueve con suficiente frecuencia?

sí, con regularidad ___ sí, ocasionalmente ___ no ___

¿Usted se ejercita, realiza alguna actividad deportiva con regularidad?

sí, con regularidad ___ sí, ocasionalmente ___ no ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuánto tiempo a la semana (en horas)?

Número de horas _____

¿Qué tipo de deporte?

.....

¿Consume Usted bebidas alcohólicas?

sí, con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ no, nunca

sí, en gran cantidad ___ ___ ___ ___ no, para nada

¿Consume Ud. con frecuencia bebidas, que contienen cafeína o teína, como por ejemplo café, gaseosas y/o té negro?

sí, en gran cantidad ___ ___ ___ ___ no, para nada

¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con sus hábitos alimenticios?

sí, mucho ___ más bien, sí ___ parcialmente ___ más bien, no ___ no lo estoy ___

¿Su alimentación es equilibrada?

sí, mucho ___ más bien, sí ___ parcialmente ___ más bien, no ___ no, no lo es ___

¿Se alimenta Ud. con regularidad?

siempre ___ frecuentemente ___ parcialmente ___ rara vez ___ nunca ___

¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con su peso?

sí, mucho ___ más bien, sí ___ parcialmente ___ más bien, no ___ no, no lo estoy ___

¿Toma Usted medicamentos?

con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ no, no los tomo

Si la respuesta es afirmativa,

somníferos / ansiolíticos: con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ nunca

analgésicos: con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ nunca

estimulantes: con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ nunca

otros: con mucha frecuencia ___ ___ ___ ___ nunca

¿Cree Ud. que su carrera le es útil a usted mismo/a, para vivir más saludablemente?

Sí, mucho ___ ___ ___ ___ no, para nada

¿Qué factores de riesgo de la salud para la población en general se le ocurren?

.....
.....
.....

¿Cuáles de estos factores de riesgo Ud. personalmente los tiene en cuenta en especial en el sentido de prevención para Usted mismo/a? Es decir, ¿cuáles de estos factores de riesgo trata Ud. de evitar en forma activa?

.....
.....
.....

Si Ud. reflexiona sobre su estilo de vida personal: ¿Piensa Usted, que éste más bien favorece o más bien perjudica su salud?

muy perjudicial ___ perjudicial ___ parcialmente ___ la favorece ___ la favorece mucho ___

¿Por qué razón?

.....
.....

Cuestionario Complementario

¿Según su criterio personal, cuenta Usted con estrategias adecuadas para controlar/superar el estrés?

sí, mucho __

más bien, sí __

parcialmente __

más bien, no __

no, para nada __

Nombre por favor sus tres estrategias más importantes para controlar/superar el estrés:

.....
.....
.....

¿Según su criterio personal, tendría sentido que se ofrezca un curso específicamente dirigido a estudiantes en lo que se refiere al control / a la superación del estrés, a la adquisición tanto de estrategias de vida efectivas y de consejos de tipo empírico para los estudios en este ámbito?

sí, mucho ___

más bien, sí ___

parcialmente ___

más bien, no ___

no, para nada ___

¿Usted estaría interesado/a en asistir a un curso de esta naturaleza?

sí, probablemente ___

quizás ___

no, más bien no ___

¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con sus técnicas de estudio?

sí, mucho ___

más bien, sí ___

parcialmente ___

más bien, no ___

no, para nada ___

¿Qué es lo que Usted más quisiera mejorar en lo que respecta a sus técnicas de estudio?

.....
.....
.....

Comentario general:

Refiriéndome a las preguntas antes mencionadas, quiero añadir lo siguiente:

.....
.....
.....
.....

¿Desea realizar sus estudios de especialidad/postgrado en el Ecuador?

Si___ No___

¿En caso de que su respuesta sea negativa, en que país los desearía hacer?

.....

Versión estándar española SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año

2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año

4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1__Sí 2__No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1__Sí 2__No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1__Sí 2__No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1__Sí 2__No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1__Sí 2__No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado

5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces

4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé

4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé

4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé

4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé

4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

¡Gracias por su colaboración!

7.2 Anexo 02

Tablas y Gráficos

Tabla 13

Distribución de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Internado	82	28,7
Otros niveles	204	71,3
Total	286	100

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 14

Promedio de edad según la distribución por género de la muestra

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
Media	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Edad	24,35	25,11	20,39	20,26	21,51	21,67

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 15**Distribución según el estado civil**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Soltero	73	89	201	98,5	274	95,8
Casado	7	8,5	3	1,5	10	3,5
Divorciado	2	2,4	0	0	2	0,7

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 16**Percepción del propio bienestar**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Muy bien	26	31,7	44	21,6	70	24,5
Bien	30	36,6	85	41,7	115	40,2
Satisfactorio	20	24,4	68	33,3	88	30,8
Más bien malo	4	4,9	4	2,0	8	2,8
Deficiente	2	2,4	3	1,5	5	1,7

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

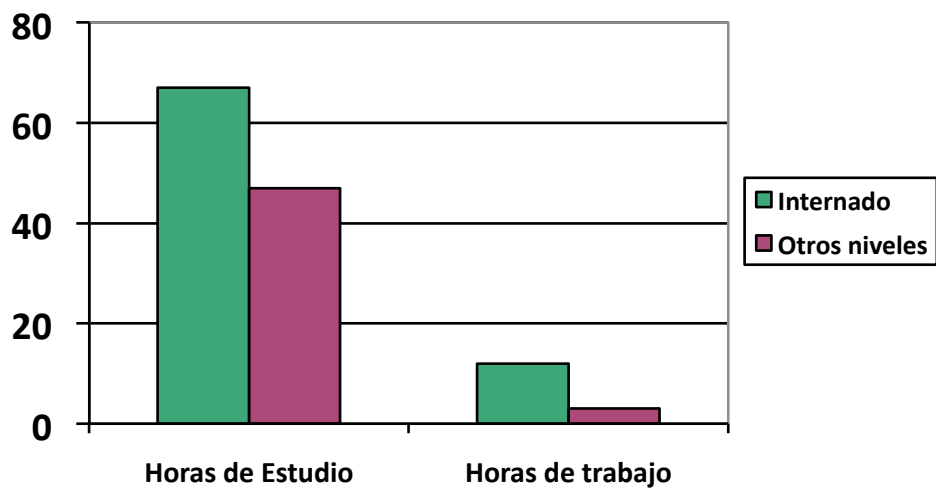
Tabla No 17: Promedio de horas dedicadas al estudio y al trabajo

Promedio	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	Estudio	Trabajo	Estudio	Trabajo	Estudio	Trabajo
Horas	67,32	11,76	46,27	2,55	52,35	5,2

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 28

Horas semanales dedicadas al estudio y al trabajo



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 18**Percepción de sobrecarga de trabajo**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Mucho	26	31,7	35	17,2	61	21,3
Bastante	25	30,5	74	36,3	99	34,6
Moderadamente	21	25,6	77	37,7	98	34,3
Un poco	10	12,2	15	7,4	25	8,7
Nada	0	0	3	1,5	3	1

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 19**Percepción sobre sentirse bajo presión de tiempo**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Constantemente	55	67,1	139	68,1	194	67,8
Moderadamente	10	12,2	39	19,1	49	17,1
Poca frecuencia	17	20,7	26	12,7	43	15

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 20**Satisfacción con la carrera que estudia**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Mucho	30	36,6	116	56,9	146	51
En general si	30	36,6	76	37,3	106	37,1
Moderadamente	15	18,3	9	4,4	24	8,4
No mucho	6	7,3	3	1,5	9	3,1
Nada	1	1,2	0	0	1	0,3

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 21**Temor sobre el futuro a causa de la profesión que ejercerá.**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Continuamente	40	48,8	56	27,5	96	33,6
A veces	23	28	49	24	72	25,2
Poca frecuencia	19	23,2	99	48,5	118	41,3

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 22**Escogería nuevamente la carrera que estudia ahora**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	44	53,7	151	74	195	68,2
No estoy seguro	27	32,9	42	20,6	69	24,1
No	11	13,4	11	5,4	22	7,7

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 23**Motivos por los cuales decidió estudiar la carrera de medicina**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Vocación	11	13,8	28	14	39	13,9
Labor social	19	23,8	87	43,5	106	37,9
Ciencia	7	8,8	23	11,5	30	10,7
Experiencia previa	7	8,8	14	8	23	8,2
Única opción	15	18,8	38	19	53	18,9
Remuneración	8	10	8	4	16	5,7
Presión familiar	13	16,3	0	0	13	4,6

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 24**Satisfacción con su vida en general**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sumamente	32	39	58	28,4	90	31,5
Mucho	22	26,8	94	46,1	116	40,6
Bastante	25	30,5	47	23	72	25,2
Poco	3	3,7	5	2,5	8	2,8

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 25**Tiene una pareja estable**

	Internado		Otros Niveles	
	#	%	#	%
Si	49	57,3	73	36,3
No	35	42,7	129	63,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 26**Pareja es parte del círculo médico**

	Internado		Otros Niveles	
	#	%	#	%
Si	22	44,9	42	57,5
No	27	55,1	30	41,1

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 27**Satisfacción con su tiempo libre**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	29	35,4	56	27,5	85	29,7
Moderadamente	15	18,3	74	36,3	89	31,1
No	38	46,3	74	36,3	112	39,2

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 28

Promedio del número de amigos cercanos

	Internado	Otros Niveles	Facultad de Medicina
#	5,3086	5,6816	5,5745

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 29

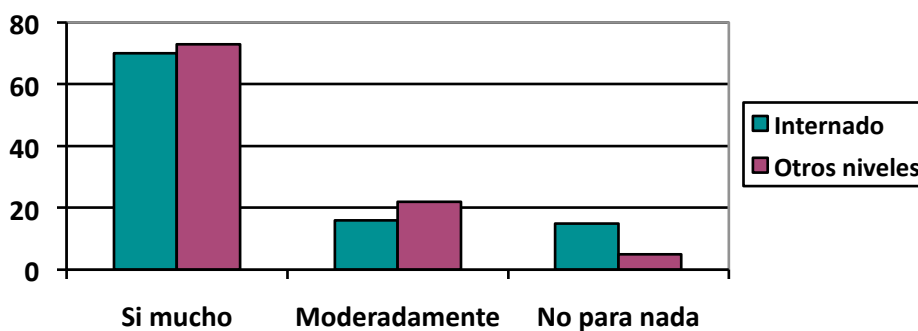
Satisfacción con su círculo de amigos

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si mucho	57	69,5	148	72,5	205	71,7
Moderadamente	13	15,9	45	22,1	58	20,3
No para nada	12	14,6	11	5,4	23	8

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 29

¿Se encuentra usted satisfecho con la calidad de su círculo de conocidos y amigos?



Realizado por: Luna Andrade

TABLA 30**Satisfacción con su vida privada**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	61	74,4	135	66,2	196	68,5
Moderadamente	17	20,7	58	28,4	75	26,2
No	4	4,9	11	5,4	15	5,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 31**Piensa que tiene tiempo para realizar actividades recreativas o descansar.**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	10	12,2	20	9,8	30	10,5
Parcialmente	53	64,6	114	55,9	167	58,4
No	19	23,2	70	34,3	89	31,1

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 32

Tiene la capacidad para relajarse y descansar cuando se presenta la oportunidad de hacerlo.

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Siempre	14	17,1	36	17,6	50	17,5
Normalmente si	28	34,1	84	41,2	112	39,2
Frecuentemente si	18	22	36	17,6	54	18,9
A veces	21	25,6	44	21,6	65	22,7
Nunca	1	1,2	4	2	5	1,7

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 33

Número de horas que duerme al día

Nivel	Horas
Internado	4,95
Otros niveles	5,19
Total	5,12

TABLA 34**Satisfacción con sus hábitos de dormir**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	12	14,6	21	10,3	33	11,5
Parcialmente	33	40,2	96	47,1	129	45,1
No	37	45,1	87	42,6	124	43,4

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 35**Presenta dificultades para dormir**

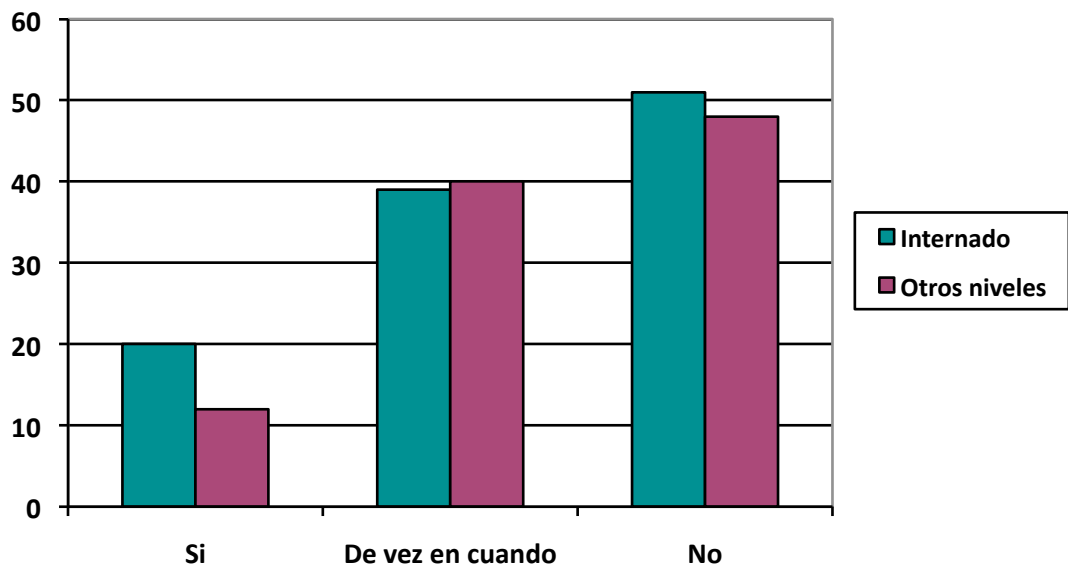
	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	16	19,5	25	12,3	41	14,3
De vez en cuando	24	29,3	82	40,2	106	37,1
No	42	51,2	97	47,5	139	48,6

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 30

¿Sufre usted de desórdenes de sueño/dificultades al dormir?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Tabla 36

Control del estrés

	Internado		Otros Niveles	
	#	%	#	%
Descarga tensiones				
Consigo mismo	41	50	104	51
Con sus compañeros	14	17,1	38	18,6
Con su superiores	1	1,2	6	2,9
En casa	16	19,5	46	22,5
Con deporte	27	32,9	60	29,4
Realizando comentarios cínicos	6	7,3	21	10,3
Con pláticas amistosas	11	13,4	47	23
Conversando con amigos y familiares	31	37,8	104	51
Consumiendo alcohol	11	13,4	24	11,8
Distrayéndose	25	30,5	97	47,5
Relajándose	28	34,1	78	38,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 37**Consumo de tabaco**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si, con regularidad	15	18,3	18	8,8	33	11,5
Si, ocasionalmente	14	17,1	46	22,5	60	21
No	53	64,6	140	68,6	193	67,5

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 38**Consumo de alcohol**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si, con mucha frecuencia	20	24,4	30	14,8	50	17,5
A veces	28	34,1	69	34	97	34
No Nunca	34	41,5	104	51,2	138	48,4

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 39**Cantidad de consumo de alcohol**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si, en gran cantidad	12	14,6	28	13,8	40	14
Moderadamente	34	41,5	68	33,5	102	35,8
No, para nada	36	43,9	107	52,7	143	50,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 40**Consumo de cafeína**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si, en gran cantidad	36	43,9	80	39,2	116	40,6
Moderadamente	20	24,4	78	38,2	98	34,3
No, para nada	26	31,7	46	22,5	72	25,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 41**Consumo de medicamentos**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Con mucha frecuencia	10	12,2	21	10,3	31	10,8
A Veces	8	9,8	40	19,6	48	16,8
No, no los tomo	64	78	143	70,1	207	72,4

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 42**Realiza deporte**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si, con regularidad	12	14,6	35	17,2	47	16,4
Si, ocasionalmente	38	46,3	86	42,2	124	43,4
No	32	39	83	40,7	115	40,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 43

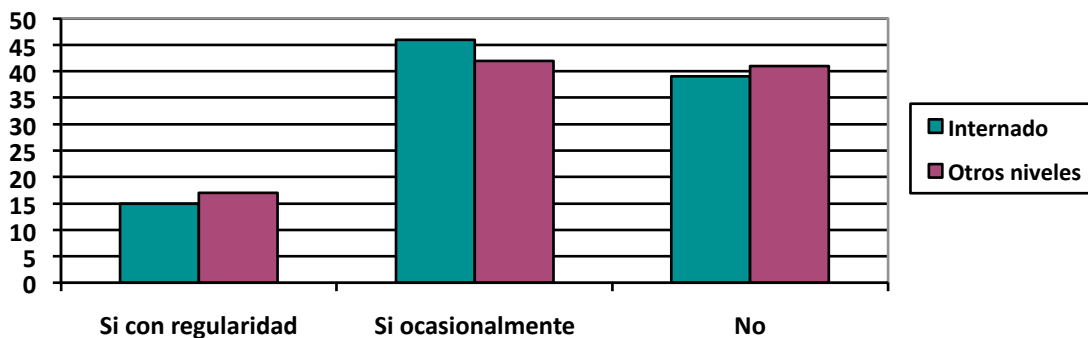
Horas semanales dedicadas a realizar ejercicio

Nivel	Media
Internado	2,87
Otros niveles	2,46
Total	2,57

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 31

¿Se ejercita o realiza alguna actividad deportiva con regularidad?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 44**Deportes practicados**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Fútbol	12	24	37	31,6	49	29,3
Natación	2	4	5	4,3	7	4,3
Correr	16	32	22	18,8	38	22,8
Tennis	2	4	4	3,4	6	3,6
Gimnasio	16	32	34	29,1	50	29,9
Danza	1	2	10	8,5	11	6,6
Básquet	1	2	5	4,3	6	3,6

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 45**Satisfacción con sus hábitos alimenticios**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	10	12,2	15	7,4	25	8,7
Más bien si	12	14,6	31	15,2	43	15
Parcialmente	44	53,7	107	52,5	151	52,8
Más bien no	13	15,9	39	19,1	52	18,2
No lo estoy	3	3,7	12	5,9	15	5,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 46**Considera su alimentación equilibrada**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	7	8,5	13	6,4	20	7
Más bien si	16	19,5	26	12,7	42	14,7
Parcialmente	42	51,2	115	56,4	157	54,9
Más bien no	14	17,1	37	18,1	51	17,8
No, no lo es	3	3,7	13	6,4	16	5,6

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 47**Satisfacción con su peso**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	10	12,2	23	11,3	33	11,5
Más bien si	14	17,1	51	25	65	22,7
Parcialmente	36	43,9	74	36,3	110	38,5
Más bien no	13	15,9	32	15,7	45	15,7
No lo estoy	9	11	24	11,8	33	11,5

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 48**Considera su carrera útil para vivir más saludablemente**

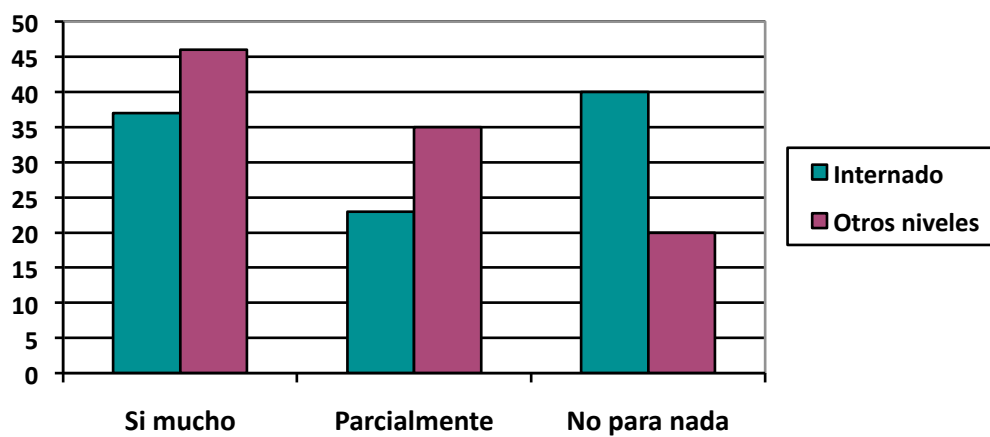
	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	30	36,6	92	45,5	122	43
Parcialmente	19	23,2	70	34,7	89	31,3
No, para nada	22	40,2	40	19,8	73	25,7

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 32

¿Cree usted que su carrera le es útil para vivir más saludablemente?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 49

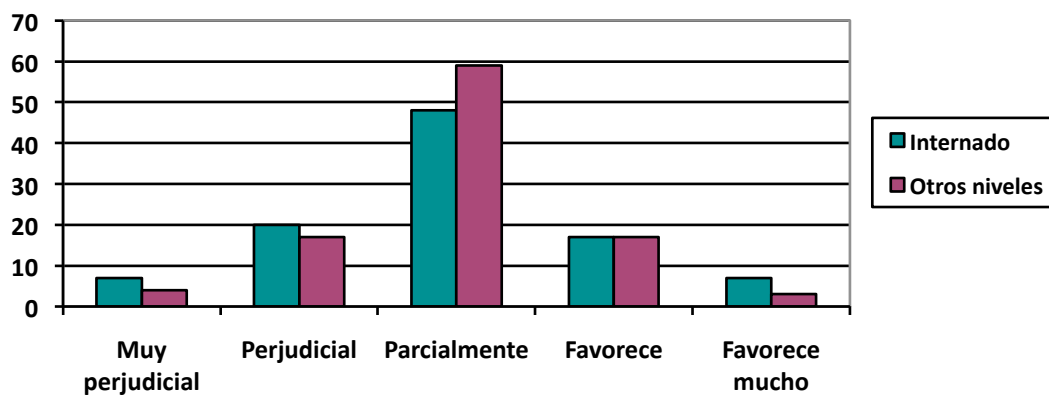
Piensa que su estilo de vida favorece o perjudica su salud.

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Muy perjudicial	6	7,4	8	3,9	14	4,9
Perjudicial	16	19,8	34	16,7	50	17,5
Parcialmente	39	48,1	120	58,8	159	55,8
Favorece	14	17,3	35	17,2	49	17,2
Favorece mucho	6	7,4	7	3,4	13	4,6

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 33

¿Piensa usted que su estilo de vida personal favorece o perjudica su salud?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 50

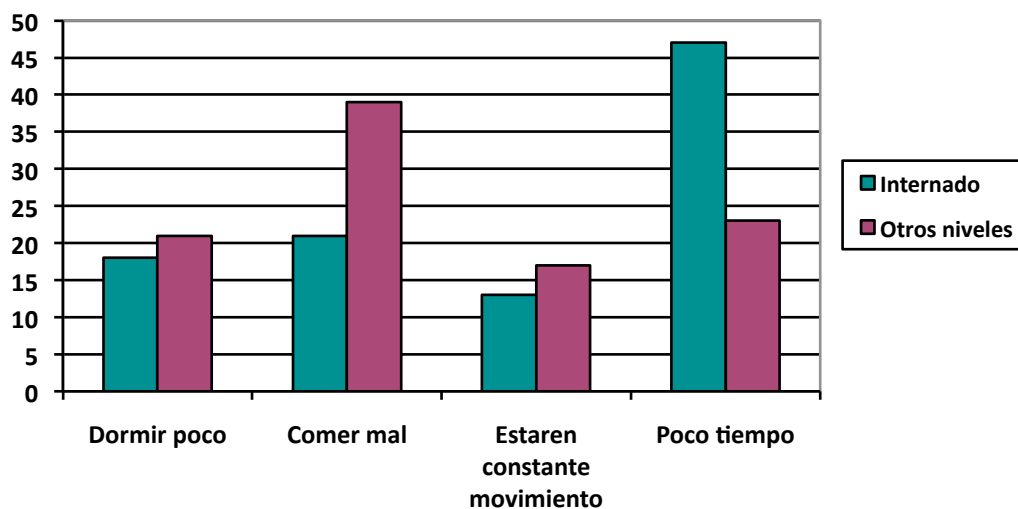
Razones por las cuales considera que su estilo de vida perjudica su salud.

	Internado		Otros Niveles	
	#	%	#	%
Dormir poco	7	18,4	28	21,2
Comer mal	8	21,1	52	39,4
Estar en constante movimiento	5	13,2	22	16,7
Poco tiempo	18	47,4	30	22,7

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 34

Razones por las cuales su estilo de vida le favorece o le perjudica



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 51**Cuenta con estrategias para controlar el estrés**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	5	6,1	16	7,9	21	7,4
Más bien si	21	25,6	53	26,1	74	26
Parcialmente	38	46,3	94	46,3	132	46,3
Más bien no	14	17,1	32	15,8	46	16,1
No para nada	4	4,9	8	3,9	12	4,2

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 52**Estrategias con las cuales combate el estrés**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Comer	2	2,8	3	1,6	5	2
Dormir	17	23,9	42	22,7	59	23
Bailar	1	1,4	0	0	1	0,4
Deporte	25	35,2	50	27	75	29,3
Salir con amigos	10	14,1	26	14,1	36	14,1
Leer	2	2,8	0	0	2	0,8
Otras actividades	9	12,7	35	18,9	44	17,2
Escuchar música	5	7	29	15,7	34	13,3

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 53**Considera que tendría sentido ofrecer un curso sobre el estrés**

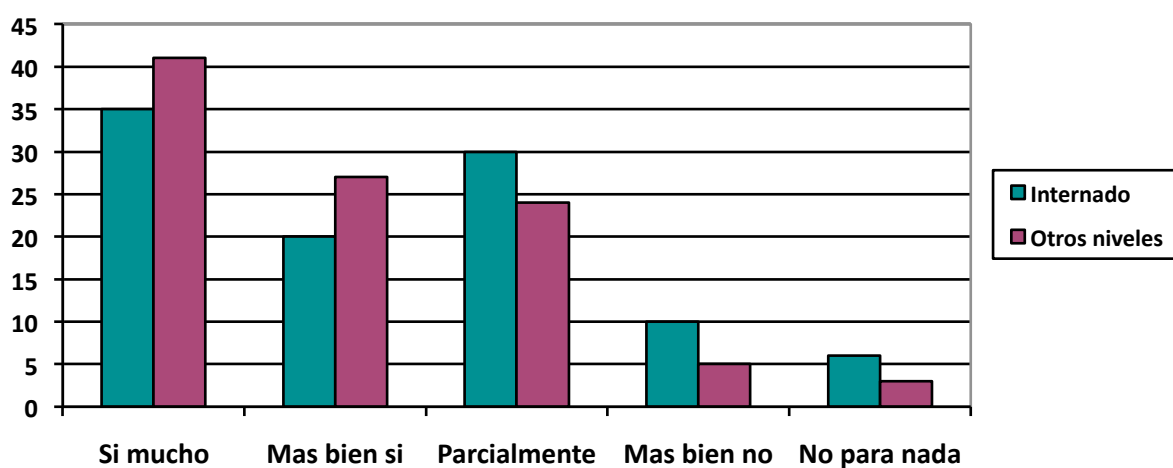
	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	29	35,4	84	41,2	113	39,5
Más bien si	16	19,5	55	27	71	24,8
Parcialmente	24	29,3	50	24,5	74	25,9
Más bien no	8	9,8	10	4,9	18	6,3
No, para nada	5	6,1	5	2,5	10	3,5

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 35

¿Tendría sentido que se ofrezca un curso específicamente dirigido a estudiantes en lo que se refiere al control/superación del estrés?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 54

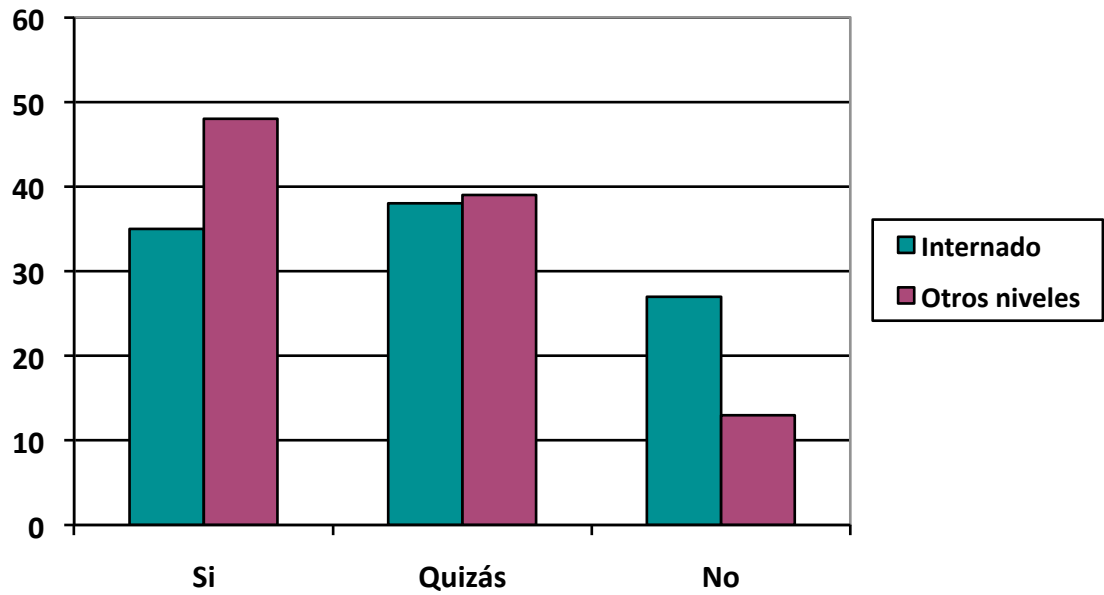
Asistiría a un curso sobre el estrés

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, probablemente	29	35,4	98	48	127	44,4
Quizás	31	37,8	80	39,2	111	38,8
No, más bien no	22	26,8	26	12,7	48	16,8

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 36

Asistiría a un curso sobre el estrés



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 55**Se siente satisfecho con sus técnicas de estudio**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Sí, mucho	8	9,8	24	11,8	32	11,2
Más bien si	27	32,9	77	37,7	104	36,4
Parcialmente	40	48,8	75	36,8	115	40,2
Más bien no	6	7,3	20	9,8	26	9,1
No para nada	1	1,2	8	3,9	9	3,1

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 56**Qué quisiera mejorar en cuanto a sus técnicas de estudio**

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Lectura rápida	10	15,9	18	9,9	28	11,4
Optimizar tiempo	13	20,6	12	6,6	25	10,2
Memoria	6	9,5	28	15,4	34	13,9
Mejorar atención	26	41,3	70	38,5	96	39,2
Organizar el tiempo	8	12,7	54	29,7	62	25,3

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

TABLA 57

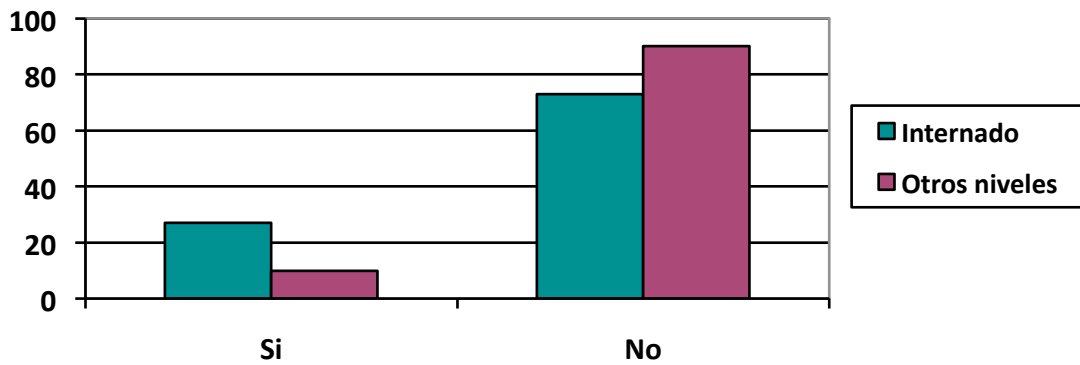
Desea realizar su especialidad en el Ecuador

	Internado		Otros Niveles		Facultad de Medicina	
	#	%	#	%	#	%
Si	22	27,1	21	10,3	43	15,1
No	59	72,8	182	89,7	241	84,9

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

Gráfico 37

¿Desea realizar sus estudios de especialidad/postgrado en el Ecuador?



Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 58

Donde desea realizar su especialización

	Internado		Otros Niveles	
	#	%	#	%
EEUU	9	17,6	26	15,6
Brasil	13	25,5	37	22,2
España	13	25,5	29	17,4
Argentina	6	11,8	16	9,6
Chile	1	2	5	3
México	3	5,9	7	4,2
Alemania	1	2	12	7,2
Francia	1	2	11	6,6
Italia	1	2	2	1,2
Cuba	2	3,9	1	0,6
Rusia	1	2	1	0,6
Inglaterra	0	0	12	7,2
Australia	0	0	3	1,8
Suecia	0	0	2	1,2
Holanda	0	0	1	0,6
Bélgica	0	0	1	0,6
Ucrania	0	0	1	0,6

Fuente: Base de datos
Realizado por: Luna Andrade

TABLA 59**Promedios SF-36 en Dimensión Mental y Física**

Media	Internado	Otros Niveles	Facultad de Medicina
Salud Mental	64,38	61,84	62,57
Salud Física	76,74	78,73	78,16

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade

Tabla 60**Resultados de la relación entre cursar el internado rotativo y estados de estrés**

Variable	Internado		Otros Niveles		CHI ²	Valor p
	Si	No	Si	No		
Se siente sobrecargado por la cantidad de trabajo	51	31	109	95	1,823	0,177
Se siente bajo presión de tiempo	55	27	139	65	0,30	0,862

Fuente: Base de datos

Realizado por: Luna Andrade