



**SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

TEMA

**ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE
PACHUCA, MEDIDOS A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO “FANTASTICO”**

QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO

CLARA MORA TIRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

ASESOR CLÍNICO

DR. EN CIENCIAS SERGIO MUÑOZ JUÁREZ

ASESOR UNIVERSITARIO

DRA. EN CIENCIAS MARÍA DEL CARMEN ALEJANDRA HERNÁNDEZ CERUELOS

ASESOR UNIVERSITARIO

Periodo de especialidad

2014-2016

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza la impresión de la Tesis titulada

ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, MEDIDOS A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO "FANTASTICO"

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA, SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO

CLARA MORA TIRADO

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, ENERO 2016

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD U.A.E.H.



M.C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M.C. ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DR. EN C. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

DRA. EN C. MARÍA DEL CARMEN ALEJANDRA HERNÁNDEZ CERUELOS
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO



DR. SERGIO LOPEZ DE NAVA Y VILLASANA
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA INTEGRADA

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA
SPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR CLINICO



Servicios de Salud
de Hidalgo
Hospital General Pachuca
Dirección de Enseñanza
e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Hilario y Reynalda porque creyeron en mí y porque me impulsaron a seguir adelante, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A mi hija Clarita por soportar largas horas sin la compañía de su madre, sin poder entender a su corta edad, por qué no estábamos juntas

A Israel mi compañero de locuras

A mis hermanos Aurora, Erasmo y César

A mis amigos Lizeth , Josue, Karla

Al Dr. Leopoldo Norberto Oliver Vega

Un agradecimiento especial a mis Asesores Dra. Maricela Guevara Cabrera, Dr. en Ciencias Sergio Muñoz Juárez y a la Dra. En Ciencias María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo que me dieron la oportunidad de formar parte de ella.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mis palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

...y a todos aquellos que hicieron posible la elaboración y desarrollo de este trabajo.

¡Gracias!

Clara Mora Tirado

"Amor, Orden y Progreso"

Contenido

ANTECEDENTES	1
¿Qué es el estilo de vida?.....	1
Estilos de vida y profesionales de la salud	1
Modelo PAIME	3
Síndrome de Burn-out en los médicos residentes	5
El médico como paciente.	6
Residencias Médicas	7
Estilo de vida saludable	7
Instrumento <i>FANTASTICO</i>	9
Familia y amigos:.....	11
Actividad.....	12
Nutrición.....	13
Tabaco	14
Alcohol.....	14
Sueño y estrés	16
Tipo de personalidad.....	18
Introspección.....	20
Conducción y trabajo.....	21
Otras drogas	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
OBJETIVO GENERAL.....	26
Objetivos específicos.....	26
JUSTIFICACIÓN	27
HIPÓTESIS	28
DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	29
DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	34
Lugar donde se realizó la investigación.....	34
Diseño de estudio.....	34
Ubicación espacio-temporal	34
Selección de la población de estudio	35
Criterios de inclusión.....	35

Criterios de exclusión	35
Criterios de eliminación	35
Determinación del tamaño de la muestra y la técnica de muestreo	36
Tamaño de la muestra:	36
Muestreo:.....	37
Definición operacional de variables	38
Análisis de la información	40
Instrumento de recolección de información.....	40
ASPECTOS ÉTICOS.....	41
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	42
Humanos:	42
Físicos:	42
Financieros:	42
HALLAZGOS	43
EDAD.....	44
Media y desviación estándar por sexo.....	46
Media y desviación estándar de la edad por especialidad	48
De acuerdo a los objetivos:	51
DISCUSIÓN.....	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
ANEXOS	76
Anexo #1	76
Anexo # 2.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

ANTECEDENTES

¿Qué es el estilo de vida?

El estilo de vida es una construcción del individuo moldeada por la familia, la educación y la sociedad, es el modo, forma y manera de vivir (1).

Los estilos de vida hacen referencia, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo y que suelen ser permanentes en el tiempo (2).

Dentro de los patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí. No obstante, las personas que tienen comportamientos no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario o llevar a cabo comportamientos inseguros, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida (2).

Estilos de vida y profesionales de la salud

Diferentes estudios han identificado la influencia de los estilos de vida como factores protectores o como factores de riesgo frente a la salud y a la enfermedad ahora bien, la preocupación por los estilos de vida saludable toma un matiz diferente cuando se retoma desde la influencia que éstos tienen cuando se habla de profesionales de la salud, no sólo por el impacto sobre la propia salud, sino por el papel que este tipo de profesionales cumple dentro de la sociedad, de manera especial cuando se reconoce la necesidad de prácticas médicas más centradas en la promoción y menos dirigidas al tratamiento y atenuación del impacto de los factores de riesgo, una medicina más preventiva que curativa, toda vez que los estudios reportan que los comportamientos saludables de los médicos parecen

afectar las actitudes y las motivaciones de los pacientes para implementar cambios en sus estilos de vida (3).

El adulto moderno invierte gran cantidad de horas en su desempeño profesional, probablemente ese sea el motivo por el cual la satisfacción laboral es una de las variables más importantes relacionadas con la calidad y estilos de vida. La calidad de vida profesional es la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas (4).

No obstante, pese a que la población universitaria representa un capital humano importante para la sociedad, en ocasiones las propias universidades carecen de estrategias concretas que además de favorecer el desempeño académico y profesional de los estudiantes, apoyen el bienestar físico y mental de los mismos (5).

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual. Tampoco es sorpresa el hecho, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con estos temas. Por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud (6).

Pero, ¿Qué pasa cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados?; se supone que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Sin embargo no siempre es así, siendo frecuente encontrar

médicos fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos de vida saludable que ellos mismos no ponen en práctica. El problema no termina con el reconocimiento de esta incoherencia y por el contrario se extiende a sus consecuencias (6).

La medicina es una profesión con un fuerte compromiso social que, frecuentemente, conlleva una gran implicación en el trabajo, pero también se sabe que los y las profesionales de la medicina están, cada día más, sometidos/as a presiones de diverso origen (usuarios, organizaciones en las que trabajan, aspectos académicos, efectos de la carga laboral y profesional, los derivados de los trabajos domésticos y el cuidado de la familia) que pueden dificultar el mantenimiento de las condiciones necesarias para un desarrollo saludable de su tarea (7)

Modelo PAIME

La salud y el bienestar del profesional sanitario son cuestiones muy importantes, para garantizar una praxis de calidad, por tal motivo, es importante hacer saber que en otros países, se están creando innovaciones hacia la salud, para el profesional de la salud, como en Barcelona se ha creado un programa especial para atender al médico enfermo, que no recibe una asistencia adecuada, llamado PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo), el cual, fue creado en el año 1998 por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Este programa tiene como finalidad asistir, de manera integral, a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, para asegurar que reciban el tratamiento y, en consecuencia, puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles para la salud de sus pacientes (7).

La filosofía del PAIME se basa en los contenidos del Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial, aprobado en Madrid el 10 de Septiembre de 1999, Capítulo V, Calidad de la Atención Médica. Artículo 19, que textualmente dice:

1. "El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
2. Si un médico observará que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario." (7).

Cuando un médico enferma, es esencial que tome conciencia de su propia enfermedad antes de llegar a situaciones extremas, y que cuente con las garantías suficientes de recibir una buena atención (7).

El PAIME facilita la superación de las barreras que impiden al médico verse como paciente le facilita el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas (7).

La atención personalizada, la discreción, la flexibilidad en el tratamiento y el apoyo profesional especializado se acomodan a las características de cada paciente. Desde la atención individual, grupal o familiar, hasta la adaptación de horarios y asistencia en vacaciones. Además de la asistencia sanitaria, el PAIME también proporciona atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral (7).

El PAIME sigue las experiencias similares de otros países, especialmente en Estados Unidos, Canadá y Australia, que muestran como los programas específicos para médicos obtienen mejores resultados que los servicios destinados a la población en general, tanto por el menor número de abandonos como por un nivel superior de rehabilitaciones (7).

Durante estos años de funcionamiento del PAIME ha quedado claro que es necesario estudiar mejor los factores de riesgo y los grupos de profesionales sometidos a mayor peligro, y prevenir la aparición del síndrome Burn-out. Todo esto con el fin de detectar, tan pronto como sea posible, la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, sufrimiento mental o conducta adictiva en los profesionales, para que así reciban el tratamiento adecuado.

[Síndrome de Burn-out en los médicos residentes](#)

El síndrome de Burn-out, se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización profesional en el médico.

Este término fue inicialmente introducido por Freudenberg en 1970, durante el desarrollo de este síndrome se producen cambios en el comportamiento, los sentimientos y el pensamiento, así como síntomas físicos que en ocasiones son imperceptibles para los compañeros de trabajo. Estos cambios se agrupan en grados: leve, moderado y severo.

El médico residente está especialmente expuesto debido a las horas de trabajo a la semana que acumula, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante su etapa de entrenamiento. Esto hace de la residencia médica un periodo de estrés constante donde se desarrolla un conocimiento exponencial de la medicina en un corto lapso de tiempo, lo que lleva al residente a generar diversos grados de responsabilidad, estrés y probablemente, una sensación de un

mínimo control en su vida, haciéndolo más susceptible para la adquisición de este síndrome. Dado el objetivo de la residencia médica, el estrés es casi inevitable y será parte diaria de la formación de aquel que en un ámbito hospitalario se encuentra. Sin embargo, este estrés puede llevar a sentimientos de insuficiencia en el trabajo y soledad, identificando elementos como sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza (8).

El médico como paciente.

La salud de los profesionales sanitarios, relacionada con la calidad de los servicios asistenciales y con el funcionamiento de las instituciones sanitarias, son cuestiones que están irrumpiendo con gran fuerza en el ámbito de los sistemas sanitarios de los países más avanzados (8).

Es un hecho conocido que los profesionales de la medicina cuando sufren problemas de salud, se comportan de una manera diferente de la que recomiendan a sus pacientes. En general, sus comportamientos y actitudes son contradictorios, tanto cuando son pacientes como cuando hacen de terapeutas de médicos enfermos. La reacción más característica es la negación o minimización de su problema de salud o frecuentemente la ocultación, como si tener un problema de salud fuese una debilidad, una vulnerabilidad imposible de asumir. Otra característica destacable es que les resulta muy difícil establecer una relación médico paciente normal y seguir el proceso habitual: cita programada en la agenda, espera previa a la consulta, pruebas diagnósticas siguiendo los protocolos, historia clínica abierta y actualizada, etc. Les resulta especialmente difícil seguir las indicaciones terapéuticas que se les prescriben. Cuando el problema de salud es mental y/o adictivo, la ocultación es casi sistemática, y es posible que si continúan ejerciendo puedan poner en riesgo la salud de sus pacientes (8).

Residencias Médicas

En busca de mejorar las oportunidades laborales y calidad de vida a largo plazo, los médicos optan por los Programas de Formación de Especialidad; sin embargo, este proceso los enfrenta a una serie de factores estresantes que podrían afectar, a corto plazo su salud y bienestar, dificultando el desarrollo de otros ámbitos de su vida. Estudios realizados en distintas partes del mundo reportan altas tasas de problemas en salud mental como depresión, estrés, desgaste profesional y percepción de mala calidad de vida, en residentes de distintas especialidades médicas (4).

Al cierre de 2014, la SSA reportó 25 mil 467 residentes en todo el país. La mayoría de ellos cursa su especialidad en una institución hospitalaria pública; distribuidos de la siguiente manera: 45% IMSS, 35% Secretaria de Salud, 8% Instituciones públicas estatales, 6% ISSSTE, 5% Privadas y 1% PEMEX.

Estilo de vida saludable

La propuesta de la Organización Mundial de la Salud, la cual plantea que la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, según el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. En general, se puede señalar que el concepto posee aspectos subjetivos y objetivos e incluye, como subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (9).

Los estilos de vida han sido estudiados por varias disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se han formulado en el campo de las ciencias socioculturales, para las que los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que

la estructura social ejerce una influencia considerable. La epidemiología ha hecho un uso extensivo del concepto de estilos de vida y salud pero con un significado restrictivo, asociándolo a las conductas que los individuos de manera racional asumen y que pueden ser riesgosas para su salud (10).

Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad. Al hablar de estilo de vida saludable nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, es decir, factores protectores, como son: un adecuado control y manejo de tensiones y emociones negativas, sueño y recreación, control y evitar el abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; ejercicios regulares, nutrición acorde a los requerimientos calóricos, entre otros (11). No se puede evitar hacer referencia al estilo de vida, sin previamente realizar un listado de comportamientos individuales y colectivos que definan el qué hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven; el estilo de vida puede ir cambiando, aunque cuenta con la estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, cuando comúnmente este estilo de vida es móvil y dinámico, pues está influido por el ambiente, las experiencias y las decisiones de las personas (12).

Diversos estudios han demostrado que los cambios en el estilo de vida de la sociedad contemporánea, tales como la disminución de la actividad física, aumento de peso y el consumo exacerbado de bebidas alcohólicas, se asocia con enfermedades crónico-degenerativas y una calidad de vida pobre en los adultos.

Los temas del estilo de vida saludable y de calidad de vida resultan cruciales, cuando se trata de profesionales de la salud, ya que la influencia sobre la salud pública es doble: “ya que además de impactar a un grupo en particular, la calidad y el estilo de vida recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos” (12).

Instrumento *FANTASTICO*

El instrumento *FANTASTICO*, es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, por Wilson y colaboradores, este cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, explora categorías o dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), uso del cinturón de seguridad, carrera (actividades labores) y otras drogas. (13)

La versión en español del instrumento fue obtenida mediante traducción inglés-español y retraducción español-inglés por traductores expertos, independientes y cegados, hasta obtener versiones similares en inglés; fue adaptado por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión por los pacientes mexicanos. Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para cada una, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. En México fue aplicado previamente en sujetos con hipertensión arterial, encontrando correlaciones débiles entre las calificaciones y algunos parámetros de control clínico (14).

Estudios que se han realizado, utilizando el instrumento *FANTASTICO*, acusan conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el riesgo de presentar patologías cardiometabólicas era menor, al compararse con sus pares que mostraban un estilo de vida inadecuado; también se utilizó el instrumento en estudios de jóvenes estudiantes, en trabajadores y en pacientes de consulta clínica general (15).

Para la medición de estilos de vida, en la revisión de la literatura realizada, se encontraron varios instrumentos los cuales habían sido utilizados en diferentes tipos de población: como universitaria (cuestionario de estilo de vida en jóvenes

universitarios, Universidad Javeriana de Cali, 2009; instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios, Universidad San Martín de Porras en Lima Perú, 2005; cuestionario Wellness PracticesII, universidad de New Hampshire, USA, 2009; cuestionarios internacionales de actividad física (IPAQ), 2000); estos instrumentos excepto el IPAQ, fueron diseñados por los investigadores para su propio estudio, lo cual dificulta la comparación con otras poblaciones, utilizado en varias poblaciones a nivel internacional, el instrumento *FANTASTICO*, fue validado en Colombia en adultos, donde se encontró que los 25 ítem, agrupados en 9 dominios superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach) mayor a 0.50 y 0.73 respectivamente. Se encontró correlación interesalar buenas y aceptables, en las diferentes categorías del cuestionario *FANTASTICO* (Total Vs Dominios), ($r=0.19-0.79$ $p<0,01$). Su objetivo es orientar a los profesionales de la salud para la planeación y ejecución de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Es un instrumento auto administrado que valora los comportamientos relacionados con los estilos de vida durante el último mes y permite establecer la relación entre el estilo de vida y la salud (16).

Los estilos de vida influyen en forma fundamental en el proceso salud-enfermedad, por lo que su conocimiento debe ser una prioridad para todo profesional de la salud. Sin embargo, su medición no es fácil, ya que están influidos por múltiples factores psicológicos, sociales y ambientales, y pueden variar de una a otra región geográfica o de una a otra cultura. En un razonamiento lógico cabe esperar que un «estilo de vida saludable» deba estar relacionado con un mejor estado de salud, y en caso de haber enfermedad con un mejor control de la misma. Hay en la literatura pocos instrumentos diseñados para medir el estilo de vida, y su validación ha sido difícil al no existir un «estándar de oro» para su comparación. El instrumento *FANTASTICO* fue diseñado para medir el estilo de vida de los pacientes que se atienden en los servicios de contacto primario (17).

Las variables que posee este instrumento son las siguientes:

Familia y amigos:

La familia es el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización (18).

La comunicación e interacción incrementan la efectividad y sensibilidad del individuo para con sus pacientes e integrantes del equipo de salud en los diversos escenarios clínicos. El contexto social, cultural y familiar del estudiante puede influir en su adecuado rendimiento académico, siendo la familia una red de apoyo para ser utilizada como estrategia de afrontamiento del estrés académico (19).

Otra de las variables contextuales que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes son las amistades, ya que sirven al ser humano de múltiples maneras, entre ellas, la validación de los intereses, esperanzas y miedos, así como la provisión de apoyo y seguridad emocional. Se ha reportado que las amistades positivas en la adolescencia se asocian con el involucramiento y el rendimiento académico, mientras que las amistades negativas se relacionan con los problemas de conducta en la adolescencia, y además, con baja motivación académica (20).

El comprometer a la familia con lo que se espera del desarrollo profesional del residente, tiene una implicación directa en el bienestar social de ellos. Por el contrario, el desligar a la familia del ambiente laboral del residente, conlleva a la incomprensión de su actividad por parte de personas significativas para él o ella y genera un ambiente hostil en los componentes familiares.

En los estudios sobre el tema se ha demostrado que los residentes (tanto mujeres como hombres) que tienen buenas relaciones familiares e hijos, tienen menores índices de depresión, de despersonalización y exhiben mayores valores humanísticos que aquellos que permanecen solteros (21).

Actividad

La actividad física se define como el conjunto de tareas motoras propias de una persona, que se realizan como parte de su actividad doméstica, laboral, escolar, recreativa y profesional. La actividad física aumenta la energía, ayuda y reduce el estrés, las concentraciones altas de colesterol y la tensión arterial. También favorece las relaciones y la integración social por medio del deporte en equipo, que sí, se orienta adecuadamente a través de la competencia, genera vínculos sociales (22).

La actividad física es un medio importante para mejorar la salud física y mental. Reduce los riesgos de muchas enfermedades no transmisibles y beneficia a la sociedad por el aumento de la interacción social y la participación de la comunidad.

La actividad física no es solo un problema de salud pública, sino que también promueve el bienestar de las comunidades y la protección del medio ambiente, y comprende una inversión en las generaciones futuras, es una realidad que las personas que realizan ejercicio físico de forma regular tienen la sensación de encontrarse mejor que antes de realizarlo, desde el punto de vista tanto físico como mental, es decir, tiene mejor calidad de vida (23).

Históricamente, la humanidad ha necesitado mantenerse en movimiento para sobrevivir, requiriendo de sus habilidades para llevar un sustento al hogar. Los tiempos modernos han simplificado las cosas a tal punto que se considera, como uno de los avances de la medicina, el reconocimiento de la actividad física como parte de un estilo de vida saludable. Dicho de otro modo, la ciencia ha demostrado que el sedentarismo no nos pertenece, dado que puede ocasionar graves consecuencias en nuestra salud, debido las múltiples enfermedades crónicas que se desencadenan por su falta.

Este problema es mucho más notorio si tomamos en cuenta que la curricular de la educación médica en pregrado puede contribuir a romper los hábitos saludables de los estudiantes debido a las exigencias normales de la profesión.

La evidencia acumulada en los últimos años acerca de la actividad física ha permitido que instituciones como la American College of Sports Medicine, American Heart Association, Centre for Disease Control and Prevention y el Department of Health of London recomienden realizar 30 min de actividad física de moderada intensidad al menos 5 o más días de la semana o en su defecto 20 min de actividad física de alta intensidad 3 o más días. Actividad física aeróbica es la que mejores beneficios produce en la salud en cuanto a prevención de enfermedades crónicas y calidad de vida. (24).

Nutrición

El desarrollo pondo-estatural alcanzado por un individuo refleja por sí mismo su historia nutricional, en la cual se incluyen influencias medioambientales y heredo-familiares en general. En este sentido, este conjunto de factores actúan de manera sinérgica en toda la historia nutricional del individuo, siendo por ende, la antropometría una forma válida para obtener una lectura aproximada de este fenómeno (25).

El aprendizaje de los hábitos alimentarios está condicionado por numerosas influencias procedentes, sobre todo, de la familia (factores sociales, económicos y culturales), del ámbito escolar y a través de la publicidad. En un principio, la familia desempeña un papel fundamental en la configuración del patrón alimentario del niño, sin embargo, al alcanzar la adolescencia, el papel de la familia pierde relevancia y el grupo de amigos y las referencias sociales se convierten en condicionantes claves de la dieta del joven adolescente. Esta etapa es, por lo tanto, especialmente vulnerable a la influencia de ciertos patrones estéticos que pueden conducir a alteraciones en la alimentación y como consecuencia de ello a la aparición de deficiencias nutricionales (26).

En lo que se refiere a la población universitaria, se sabe que es un grupo vulnerable desde el punto de vista nutricional, y a la vez es crítico para el desarrollo de buenos hábitos dietéticos que repercutirán en su salud futura. Y es que en este periodo, se saltan comidas, picotean entre horas, se decantan por la comida rápida y consumen frecuentemente alcohol, entre otros hábitos no saludables (27).

Los principales problemas alimentarios se vinculan con bajos consumos de frutas, verduras, leguminosas, pescados, lácteos y alto consumo de alimentos industrializados, que generalmente contribuyen a un aporte excesivo de calorías, grasas, azúcar y sal (28).

Tabaco

El tabaquismo es el hábito del consumo de tabaco de manera constante; los profesionales de la salud tienen en sus manos la responsabilidad de informar a los pacientes las consecuencias que este hábito puede tener, así como el evitar que el número de fumadores incremente. Pero múltiples estudios alrededor del mundo han mostrado que los profesionales de la salud, incluyendo médicos en etapas de formación, suelen hacer caso omiso a esas advertencias llegando incluso a adquirir o aumentar su hábito tabáquico en etapas avanzadas de su formación o ya siendo profesionales de la salud (29).

Alcohol

El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos (30).

El DSM-V integra, el abuso del alcohol y la dependencia del alcohol, en un solo trastorno llamado trastorno por consumo de alcohol con subclasificación leve, moderado y severo.

Criterios DSM-V para el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol

1. Consumo recurrente que comporta no atender obligaciones relevantes.
2. Consumo recurrente en ocasiones que pueden comportar riesgos físicos.
3. Consumo continuado a pesar de la existencia de trastornos creados o exacerbados por el alcohol.
4. Tolerancia al alcohol (ser capaz de aguantar dosis altas sin presentar signos de intoxicación: “aguantar mucho la bebida”).
5. Síntomas de abstinencia (temblores matutinos, irritabilidad), o consumo de alcohol para evitar la aparición de los síntomas de abstinencia.
6. Consumo de alcohol en cantidades superiores o por periodos más prolongados de los previstos.
7. Deseos persistentes o esfuerzos fracasados para controlar el consumo de alcohol.
8. Utilización de mucho tiempo en actividades relacionadas con el alcohol (comprar, beber, recuperarse de sus efectos, etc.)
9. Abandono o reducción de actividades laborales, sociales o familiares debido al consumo de alcohol.
10. Seguir bebiendo cuando uno sabe que padece algún problema creado o exacerbado por el alcohol.
11. “Craving” o deseo muy intenso de consumir bebidas alcohólicas.

Con 2 o 3 criterio puede ser diagnosticado de trastorno por consumo de alcohol leve, con 4 o 5 criterios moderado, y si cumple 6 o más criterios se diagnostica trastorno por uso de alcohol severo (32)

Respecto al alcohol, el médico comparte su actitud con la población general. El profundo arraigo de una serie de tradiciones y tópicos, así como la propia educación familiar, pesan a menudo más que los conocimientos científicos al respecto, lo que plantea dificultades para definir como un problema una conducta que generalmente es vista como normal y deseable. Además el médico presenta un cuestionamiento y eventual ansiedad ante la propia conducta, por incertidumbre acerca de la normalidad de su consumo de alcohol. Por otra parte, explican que algún profesional médico pueda tener dificultades en reconocer que el alcohol pueda ser un problema para sus pacientes (31).

Sueño y estrés

En el mundo, los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes.

El sueño es un estado fisiológico activo y rítmico que aparece cada 24 horas en alternancia con otro estado de conciencia básico que es la vigilia. Una mala calidad del sueño es un síntoma que con frecuencia aparece asociado a fatiga, disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día y una mayor incidencia de accidentes de tránsito y laborales (33).

La duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un período de 24 horas. La privación del 50% del sueño durante 6 días produce una disminución de la tolerancia a la glucosa, disminución de la tirotrópina y aumento excesivo de las concentraciones de cortisol al atardecer, así como de la actividad simpática. Así mismo, padecen alteraciones del ciclo sueño/vigilia con repercusiones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-córtico-suprarrenal, a semejanza de aquéllos que realizan un vuelo transoceánico y sufren el fenómeno de jet-lag (34).

Las restricciones en el horario del sueño pueden conducir a privación parcial o total del sueño. La privación del sueño total se presenta si una persona no duerme, y sucede en situaciones agudas. La privación del sueño parcial está referida al sueño nocturno reducido o interrumpido, como es el caso del horario de trabajo de los médicos. La pérdida del sueño es acumulativa, conduciendo al déficit de sueño.

El efecto más obvio del déficit de sueño resulta en la tendencia a dormirse, lo cual se denomina somnolencia, y cuando esto sucede en circunstancias en las que la persona debería estar despierta, se denomina excesiva somnolencia diurna; los principales factores que causan somnolencia son el déficit de sueño, pobre calidad del sueño, disrupción del ritmo circadiano y uso de algunos medicamentos. Por otro lado, existe información sobre el impacto negativo en la salud física, como quejas somáticas, incremento de complicaciones en el embarazo, incremento en el riesgo de accidentes vehiculares e impedimentos para el aprendizaje. Finalmente, se ha observado que luego de una privación del sueño de 24 horas, el rendimiento psicomotor disminuye en las primeras horas de la mañana, de manera similar o peor al producido por una intoxicación alcohólica con niveles de concentración en sangre mayor de 0,10% (35).

La sociedad actual que funciona 24 horas al día, obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. La población sanitaria no escapa de este problema ya que viven a diario con los turnos de trabajo. Waterhouse JM desde 1994 reportaba que los médicos jóvenes (residentes) trabajando tandas de 36 ó 48 horas podrían cometer errores debido a la fatiga.

En el desarrollo del síndrome de Burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector servicios y los profesionales sanitarios, en especial médicos y enfermeras, son los que presentan mayores prevalencias de Burn-out entre las distintas profesiones, entre otras razones por los turnos de trabajo y las guardias a

las que estos grupos se ven sometidos. Algunos autores han observado que las sociedades occidentales con altos niveles de competitividad pueden predisponer a desarrollar síndrome de Burn-out, otros consideran que no sólo implica a sociedades del bienestar y que es un problema transnacional y transcultural.

Los turnos de trabajo, las guardias y los trastornos que se derivan a consecuencia de los mismos como es el síndrome de Burn-out en trabajadores que son sometidos a amplias jornadas laborales, hacen cada vez mayor la necesidad de conocer en detalle el problema y poder crear medidas que disminuyan sustancialmente las repercusiones negativas sobre la salud (36).

En lo que respecta al estrés académico, específicamente el estrés estudiantil no puede considerarse solamente desde una sola perspectiva, sino que, de manera evidente, no es el estresor mismo el causante de estrés, sino la percepción del individuo sobre el estresor. Es entonces la evaluación cognoscitiva que hace la persona sobre un estímulo estresor lo que define la situación, tanto para la reacción o respuesta estresante como para el afrontamiento posterior. El concepto de síndrome de estrés denota la relación que existe entre estímulos negativos que perturban gravemente la homeostasis del organismo y las respuestas, fisiológicas y conductuales, del mismo, ante la estimulación (37).

Tipo de personalidad

La elección de especialidad médica ha sido motivo de estudio, particularmente en las escuelas de medicina norteamericanas que han indagado sistemáticamente en este campo desde la década 1960-69. El hecho que en las distintas especialidades médicas se encuentren individuos con características de personalidad y estilos similares, ha llevado a algunos investigadores a proponer que estas variables inciden en la elección de especialidad (38).

Las características de personalidad también influyen en la elección de especialidad médica. En medicina general, por ejemplo encontramos más médicos introvertidos, intuitivos y flexibles que en cirugía, en cuanto respecta a esta especialidad elegida principalmente por personas extrovertidas, sensoriales y estructuradas.

Por otra parte, los médicos más interesados en los aspectos humanos y subjetivos, optan preferentemente por pediatría y medicina interna. Estas diferencias se manifiestan también en los estilos cognitivos. Todos los becados de Cirugía son 'lógico-concretos', mientras que la mayoría de los 'médicos generales' son 'lógico-ingeniosos'. Por su parte los psiquiatras se distribuyen entre estos dos estilos, que tienen en común el discernimiento lógico. Por el contrario, pediatría y medicina interna se distinguen por contar con becados 'empáticos': 40% de los 'pediatras' son 'empático-concretos' y 40% de los 'internistas', 'empático-perceptivos'. A pesar de que en los estilos de aprendizaje no se observaron diferencias significativas, la tendencia es que los médicos convergentes (que aprenden mejor resolviendo problemas) prefieren la medicina general y la cirugía, mientras, los asimiladores (aprendices más bien teóricos y reflexivos) optan por la medicina interna, la pediatría y la psiquiatría, lo observado es sólo una tendencia sin significancia estadística (38).

El profesionalismo médico puede analizarse mediante actitudes como la compasión, el altruismo, la confiabilidad y la responsabilidad; plantea que los residentes de medicina en formación que se comportan profesionalmente lo hacen debido a que estas características son una parte inherente de su personalidad, independientemente de la institución donde se desarrollen (39). Tradicionalmente, la personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones (40).

Introspección

El término introspección (o insight) se ha utilizado para referirse a un cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad, en psicopatología, se restringe el término a aspectos de autoconocimiento (41).

Autoconcepto: Es responder a la pregunta de quién soy yo, la conciencia que tengo de mí mismo, la identidad que me diferencia de los demás.

Se define a un residente con dificultades en el aprendizaje, aquel que no satisface las expectativas del programa de entrenamiento debido a un problema de conocimientos, actitud o habilidades. Los problemas más frecuentes identificados por los tutores son: insuficiente conocimiento médico (48%), pobre juicio clínico (44%) y manejo ineficiente del tiempo (44 %). En general es raro que el "residente problema" identifique este problema en sí mismo. Los problemas relacionados con el conocimiento generalmente incluyen deficiencias en ciencias básicas o clínicas. Los problemas de actitud (manifestados como comportamientos) incluyen dificultades en la motivación, introspección, relación médico-paciente y autocrítica. Son generalmente fáciles de identificar pero los de mayor desafío a la hora de trabajarlos.

Las deficiencias en habilidades incluyen problemas en la interpretación de información, de habilidades interpersonales o técnicas, o en el juicio clínico y organización del trabajo. Cada uno debe conocer por lo tanto en qué medida está contribuyendo al problema identificado y cuáles son los sentimientos que éstos despiertan (negación, evitación, el deseo de proteger o rescatar a esa persona, angustia o frustración, impotencia o aceptación). Además de los problemas de conocimiento, actitud o habilidades, a éstos se les pueden sumar problemas en la vida personal (migraciones, mudanzas, matrimonio o divorcio), enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, conflictos interpersonales o dificultades en el aprendizaje. Las propias expectativas del aprendiz, asunciones y reacciones al

problema percibido (sensación de fuera de lugar, inseguridad, sobrepasado, angustia, miedo a perder el control) también pueden contribuir al problema. El mismo hecho de tildar al residente como “problema” también puede afectar su aprendizaje y se debe evitar todo tipo de calificación despectiva (42).

Conducción y trabajo

El cansancio y la somnolencia de los choferes durante la conducción han sido descritas como causa de accidentes de tránsito en la ciudad y las carreteras. Un conductor fatigado o somnoliento disminuye progresivamente su capacidad de atención y concentración durante el manejo y pierde capacidad de respuesta ante condiciones específicas que exigen reacciones inmediatas cuando se circula por la ciudad o la carretera; pestañear y dormir durante la conducción expresan un nivel extremo de fatiga y deuda de sueño (43).

La satisfacción laboral es el resultado de varias actitudes que tiene un trabajador hacia su empleo y la vida en general. Se espera que el trabajador satisfecho con su puesto tenga actitudes positivas hacia éste; quien está insatisfecho, muestra en cambio, actitudes negativas. La satisfacción laboral es modificada de manera importante por factores como la productividad, la motivación, el clima organizacional, la actitud positiva del trabajador con el trabajo, etc. (44).

El contexto organizacional en el que se desempeñan los médicos residentes en la clínica está conformado por múltiples aspectos como la estructura, la comunicación y la jerarquía que se relacionan con el liderazgo y los grados de autonomía en la toma de decisiones. La subcultura del residente se caracteriza: por el proceso de selección al ingreso, por ser trabajadores-estudiantes-educadores al mismo tiempo, por interactuar en un sistema estructurado con rígidas jerarquías que cambian conforme los años avanzan. El mayor número de años cursados determina la posición, jerarquía, enseñanza, toma de decisiones y responsabilidades médicas. Los de menor jerarquía comparten el rol temporal de ser aprendices, de buscar la

realimentación y el apoyo de los de mayor grado. Con frecuencia, la estructura jerárquica da lugar a juegos de poder que pueden traducirse en prácticas abusivas hacia los de menor nivel. El residente aprende esencialmente sin una instrucción pedagógica y a través de experiencias no dirigidas que son el hacer cotidiano de la atención hospitalaria. El aprendizaje situado se orienta hacia la apropiación de conductas, actitudes, emociones, valores y códigos de ética (generalmente no escritos) propios de la comunidad de práctica o de la cultura del grupo médico, donde el residente se forma. Además, se basa en la práctica guiada y experiencias dirigidas, sin embargo, éstas últimas tienen una importancia tangencial, comparadas con lo que penetra en el proceso de aprendizaje situado (45).

Otras drogas

Las sustancias psicoactivas o drogas es cualquier sustancia de diversos orígenes que posterior al consumo, produce cambios en el estado de ánimo, conciencia, percepciones y rendimiento físico o psicológico, lo que provocaría en algunos casos dependencia.

Una sustancia psicoactiva puede actuar sobre el sistema nervioso central de diferentes maneras, depresor, estimulante.

Los estimulantes del sistema nervioso central provocan estados de alerta, elevación del rendimiento físico, aceleración de los procesos psíquicos, reducción de la fatiga y reducción del apetito. Son incluidos en esta clase la cocaína, crack, anfetaminas, metanfetaminas, nicotina y cafeína. Las razones del consumo en estudiantes universitarios son muchas y variadas entre ellas están: la necesidad de disminuir el estrés relacionado a las altas exigencias académicas y sociales, la búsqueda de placer, y la curiosidad, la necesidad de tener más horas para estudiar, seguir al grupo, aumentar la concentración y la energía para mejorar el desempeño académico, fines recreacionales y para suprimir el apetito. Además de la posibilidad que estudiantes del área de la salud tienen mayor acceso a psicofármacos. Algunas de las consecuencias del consumo de estimulantes del sistema nervioso central

son: daños orgánicos, deterioro cognitivo y de la memoria, en la toma de decisiones y el autocontrol, paranoia, depresión ataques de pánico, mayor exposición a situaciones de riesgo, mayores costos económicos y también los costos humanos y sociales (46).

Algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de drogas y, en general en conductas problemáticas son: el medio ambiente que rodea al sujeto, la desorganización social, alta disponibilidad de drogas, tensión, estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que desempeña el sujeto. Tanto el área laboral como el tipo de ocupación de los individuos son factores de riesgo en el consumo de alcohol y drogas y tiene gran influencia en los niveles de consumo. Asimismo, la familia, las amistades y el ámbito de estudio juegan un papel central (47).

Los médicos y otros profesionales de la salud con acceso a drogas psicoactivas han tenido tasas relativamente altas de abuso de sustancias; el consumo parece haber aumentado entre los jóvenes profesionales de la salud. Se estima que entre 10 y 15% de todos los profesionales de la salud pueden verse afectados por el uso de sustancias psicoactivas o alcohol en algún momento de su carrera. Dicho consumo puede generar alteraciones en la calidad de la prestación del servicio, algunos incluso llegan a comprometer la salud de los pacientes, no sólo robando parte de sus dosis, sino llegando a contagiarlos de distintas enfermedades al compartir las mismas jeringas (48).

Entre los médicos, la especialidad de anestesiología presenta más problemas de abuso de sustancias psicoactivas, siendo ése el riesgo ocupacional más prevalente en este grupo (49).

En el DSM V refiere trastorno relacionados con el uso y abuso de la cafeína, los por cual hay criterios diagnósticos establecidos, los cuales son:

- A. Consumo reciente de cafeína (típicamente una alta dosis muy por encima de 250 mg).

B. Cinco (o más) de los siguientes signos o síntomas aparecen durante o poco tiempo después, uso de la cafeína:

1. Inquietud.
2. Nerviosismo.
3. Emoción.
4. Insomnio.
5. Cara enrojecida.
6. Diuresis.
7. Trastornos gastrointestinales.
8. Contracciones musculares.
9. Alteraciones del pensamiento
10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
11. Sensación de energía
12. Agitación psicomotora.

C. Los síntomas del Criterio B provocan clínicamente malestar o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no son mejores explicado por otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación con otra sustancia (32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de la salud son un grupo de riesgo susceptible, para múltiples entidades patológicas, ya que por los estilos de vida durante la etapa de formación médica para especialización, se pone en riesgo la calidad de vida y corren más riesgo de cometer iatrogenias o mala atención medica por fatiga.

Durante el desarrollo de la residencia médica se ha encontrado niveles superiores de estrés en el residente en comparación con la población general. Este estrés está relacionado con factores como largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto (50).

Esto es más pronunciado durante el primer año del curso. Todos estos cambios se presentan durante esta etapa de formación del residente y tienen repercusión en su vida personal y en su calidad de vida, la cual se define como un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción laboral, así como situación económica, lo que provoca una sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (50).

De tal manera que se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Los médicos residentes del Hospital General de Pachuca tienen estilos de vida saludable?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estilo de vida, en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca medidos a través del instrumento *FANTASTICO*, durante el período Julio-Agosto del 2015

Objetivos específicos

1. Identificar, si existe apoyo familiar que modifique el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca
2. Identificar, si existe relación entre la nutrición y actividad física que modifique el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.
3. Identificar la prevalencia de toxicomanías, que modifiquen el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca
4. Identificar las modificaciones en el estilo de vida que produce, los cambios en la higiene de sueño y estrés de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.
5. Vincular el grado de satisfacción escolar y la imagen interior de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.
6. Medir el grado de satisfacción de las actividades laborales, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

JUSTIFICACIÓN

La ausencia de prevención y promoción de la salud, en el personal médico, ha desencadenado un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares: hipertensión, diabetes, dislipidemia, etc., provocando que tanto el recurso físico, como humano sea insuficiente para brindar la atención oportuna y de calidad a la población con la consecuente insatisfacción de los usuarios.

Los médicos tienen conciencia de la vulnerabilidad de los seres humanos y de ellos mismos; esta vulnerabilidad es un recordatorio persistente de nuestra mortalidad. Sin embargo, pareciera que este suceso puede conducir también a lo contrario, al supuesto de que por tener los conocimientos aproximados o acertados acerca de la enfermedad y la muerte se tiene la posibilidad de manejarse con cierta dosis de invulnerabilidad, o bien, arrogancia médica, lo que lleva a que los médicos incurran en prácticas nocivas para sí mismos y que estas tengan significados y explicaciones a partir del cuerpo de conocimientos técnicos que poseen (51).

El médico residente en formación, siendo parte de la sociedad en su conjunto, no se encuentra exento de la problemática del sobrepeso u obesidad, ya que también puede presentar inactividad física, ingesta de alcohol, ingesta de alimentos ricos en energía, entre otros. Ello es de vital importancia, por ser personal que se encuentra en contacto directo con pacientes y su salud no puede verse deteriorada, más aún, por ser imagen y ejemplo para con los pacientes (52).

El apoyo familiar y social que reciben los médicos residentes, son recursos para afrontar los retos laborales, además son vitales para sobrellevar los cambios a los que se enfrentan (50).

Los factores de riesgo modificables y vulnerables a estrategias de intervención, que intercepten la historia natural de la enfermedad ya sea evitándola o en caso de ya padecerla, lograr intervenir en etapas tempranas, en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible.

HIPÓTESIS

Los Médicos Residentes del Hospital General de Pachuca, no tienen estilos de vida saludables por lo tanto tienen riesgo para alterar su salud.

DEFINICIÓN DE TERMINOS

Estilo de vida: Es una construcción del individuo moldeada por la familia, la educación y la sociedad, es el modo, forma y manera de vivir.

Estilo de vida saludable: Comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, es decir, factores protectores.

Estilo de vida saludable: Comportamientos que aumentan los riesgos de enfermar, es decir, factores de riesgo.

Calidad de vida profesional: Es la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo.

PAIME: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo.

Síndrome Burn-out: Es un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización profesional en el médico.

Residencia Médicas: Es la única estructura de formación apta, con un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollado en un servicio-institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional.

Médico Residente: Es el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes, para cumplir con una residencia.

Unidad médica receptora de residentes: Es el establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias, que para los efectos de los artículos 161 y 164 del código sanitario de los estados unidos mexicanos, exige la especialización de los profesionales de la medicina.

Residencia: Es el conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Calidad de vida: Es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, según el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Instrumento *FANTASTICO*: Es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, por Wilson y colaboradores, este cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados

Familia: es el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización.

Actividad física: Se define como el conjunto de tareas motoras propias de una persona, que se realizan como parte de su actividad doméstica, laboral, escolar, recreativa y profesional.

Nutrición: Es el proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales.

Tabaquismo: Es el hábito del consumo de tabaco de manera constante.

Alcohol: Es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos.

Alcoholismo: Según la OMS se define como la ingestión diaria de alcohol mayor de 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre.

Sueño: Es un estado fisiológico activo y rítmico que aparece cada 24 horas en alternancia con otro estado de conciencia básico que es la vigilia.

Introspección: Autoconocimiento, observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

Autoconcepto: Es responder a la pregunta de quién soy yo, la conciencia que tengo de mí mismo, la identidad que me diferencia de los demás.

Satisfacción laboral: Es el resultado de varias actitudes que tiene un trabajador hacia su empleo y la vida en general.

Sustancias psicoactivas o drogas: Es cualquier sustancia de diversos orígenes que posterior al consumo, produce cambios en el estado de ánimo, conciencia, percepciones y rendimiento físico o psicológico, lo que provocaría en algunos casos dependencia.

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas.

Estilo de vida excelente: De acuerdo al puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, de 85-100 puntos, indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud

Estilo de vida bueno: De acuerdo al puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, de 70-84 puntos, indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia adecuada para la salud

Estilo de vida regular: De acuerdo al puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, de 60-69 puntos, indica que el estilo de vida del individuo representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos

Estilo de vida malo: De acuerdo al puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, de 40-59 puntos, indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

Estilo de vida peligro: De acuerdo al puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, menos de 39 puntos, indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DESARROLLADA

Lugar donde se realizó la investigación

Hospital General de Pachuca, Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo, Tel.: (01)77142564 Y 77142475

Diseño de estudio

Se realizó un diseño observacional, transversal descriptivo mediante el instrumento *FANTASTICO*.

Ubicación espacio-temporal

Lugar: En la sala de médicos de cada servicio, para comodidad de los participantes.

Tiempo: El cuestionario logró ser respondido en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Persona: Los médicos residentes en la sala de médicos de su servicio.

Selección de la población de estudio

Criterios de inclusión

Médicos Residentes inscritos durante el periodo Marzo 2015-2016, que se encuentren dentro del Hospital General de Pachuca.

Sexo: indistinto

Edad: indistinto

Criterios de exclusión

Médicos Residentes que se encuentren rotando fuera del Hospital General de Pachuca

Médicos que se nieguen a contestar el cuestionario

Criterios de eliminación

Médicos que no terminen de contestar el cuestionario

Determinación del tamaño de la muestra y la técnica de muestreo

Tamaño de la muestra:

Para la realización de la presente investigación, no se realizó cálculo de tamaño de muestra, ya que fueron incluidos todos los Médicos Residentes del Hospital General de Pachuca, que se encontraron dentro de él, siendo un total de 106 elegibles para participar en la investigación.

Número de médicos residentes por especialidad del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio-Agosto del 2015					
Especialidad	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	Total
Anestesiología	4	4	5		13
Cirugía General	3	3	4	4	14
Ginecología y Obstetricia	4	4	4	4	16
Medicina del enfermo en estado crítico	1	1	2		4
Medicina Integrada	8	6			14
Medicina Interna	3	4	3	3	13
Neonatología	1	1			2
Pediatría	0	4	4		8
Traumatología y Ortopedia	2	2	3	2	9
Urgencias Médicas	4	4	5		13
Total	30	33	30	13	106

Muestreo:

Se realizó un censo el cual consistió en contar o enumerar por completo los individuos que componen una población, en un área determinada y en un momento dado, por lo tanto no se realizaron métodos de muestreo.

Definición operacional de variables

En el siguiente cuadro se mostrará la definición de cada una de ellas, su categorización, su nivel de medición y por último su cuadro correspondiente al tipo de variable de que se trate:

Definición operacional de variables				
Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente
Familia	Conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco.	Apoyo familiar	Siempre	Anexo # 1
			A veces	
			Nunca	
Amigo	Es una persona con la que tenemos una relación humana afectiva.	Grupo de apoyo	Siempre	Anexo # 1
			A veces	
			Nunca	
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Realiza o no actividad física	Siempre	Anexo # 1
			A veces	
			Nunca	
Nutrición	Es el proceso biológico en el que se proporciona a los organismos los nutrientes necesarios para la vida, funcionamiento, mantenimiento y el crecimiento de sus funciones vitales, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo.	Tiene una dieta balanceada	Siempre	Anexo # 1
			A veces	
			Nunca	
Tabaquismo	Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina	Número de cigarros al día	Ninguno	Anexo # 1
			0 a 10	
			Más de 10	
Alcoholismo			0 a 7 tragos	

	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.	Consume o no alcohol	8 a 12 tragos Más de 12 tragos	Anexo # 1
Horas de sueño	Estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo.	Higiene del sueño	Siempre A veces Nunca	Anexo # 1
Estrés	Conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos.	Capacidad de manejar estrés	Siempre A veces Nunca	Anexo # 1
Tipo de personalidad	Es un constructo psicológico, que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona.	Características de personalidad	Nunca A veces Siempre	Anexo # 1
Introspección	Observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.	Percepción de sí mismo	Siempre A veces Nunca	Anexo # 1
Conducción	Acción de conducir en un vehículo a personas o cosas.	Seguridad al manejar un automóvil	Siempre A veces Nunca	Anexo # 1
Trabajo	Actividad de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas.	Satisfacción con el trabajo	Siempre A veces Nunca	Anexo # 1
Drogadicción	Adicción a las drogas	Consumo de drogas	Nunca Ocasionalmente Siempre	Anexo # 1

Análisis de la información

Para el análisis de la información de las variables cuantitativas de los estilos de vida se utilizó la prueba de T de Student.

Para el análisis de las variables cualitativas entre los diversos tipos de estilos de vida saludables se utilizó la prueba de Ji-Cuadrado de independencia de Pearson.

Instrumento de recolección de información

En este trabajo nos apoyaremos del cuestionario *FANTASTICO*, el cual es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá, por Wilson y colaboradores, es considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular. Este cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos, los cuales se calculan al multiplicar el puntaje final por dos.

Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: (<39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente). Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio. En términos generales, los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera: “Excelente” indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud; “Bueno” indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud; “Regular” indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta

riesgos, “malo y existe peligro” indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

Explora diez categorías o dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco y toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), carrera (actividades labores) y otras drogas; y ha sido aplicado a grupos de estudiantes, trabajadores y pacientes de consulta de clínica general. La versión al español fue adaptada por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos.

ASPECTOS ÉTICOS

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17, cumple parámetros para ser:

“Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Humanos:

Investigador principal

- Clara Mora Tirado, residente de Medicina Integrada de segundo año.

Asesor Clínico

- Dra. Maricela Guevara Cabrera, Médico Internista.

Asesor metodológico de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Dr. en Ciencias Sergio Muñoz Juárez
- Dra. en Ciencias María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos

Físicos:

Laptop ASUS propiedad del investigador principal, para captura y recolección de datos.

Las hojas de recolección de datos así como las hojas de consentimiento informado serán procesadas en una impresora BROTHER MODEL MFC-J825DW, propiedad del investigador principal.

Financieros:

Cartuchos para tinta de impresora BROTHER MODEL MFC-J825DW \$800.00, 5 paquete de hojas blancas con 500 tamaño carta \$400.00, bolígrafo BIC diamante tinta negra mediano c/12 \$ 45.00, engrapadora mediana \$150.00.

HALLAZGOS

Para la realización de esta investigación se aplicó el instrumento *FANTASTICO* a los médicos residentes del Hospital General de Pachuca durante el periodo de Julio-Agosto del 2015, con la finalidad de saber qué tipo de estilos de vida prevalecen, obteniendo un total de 106 encuestas, que representa el 100%, los cuales se analizan en cada una de las tablas y gráficas, basadas en las encuestas aplicadas en la sala de médicos de cada servicio.

EDAD

De un total de 106 médicos residentes entrevistados del Hospital General de Pachuca, se obtuvieron los siguientes datos:

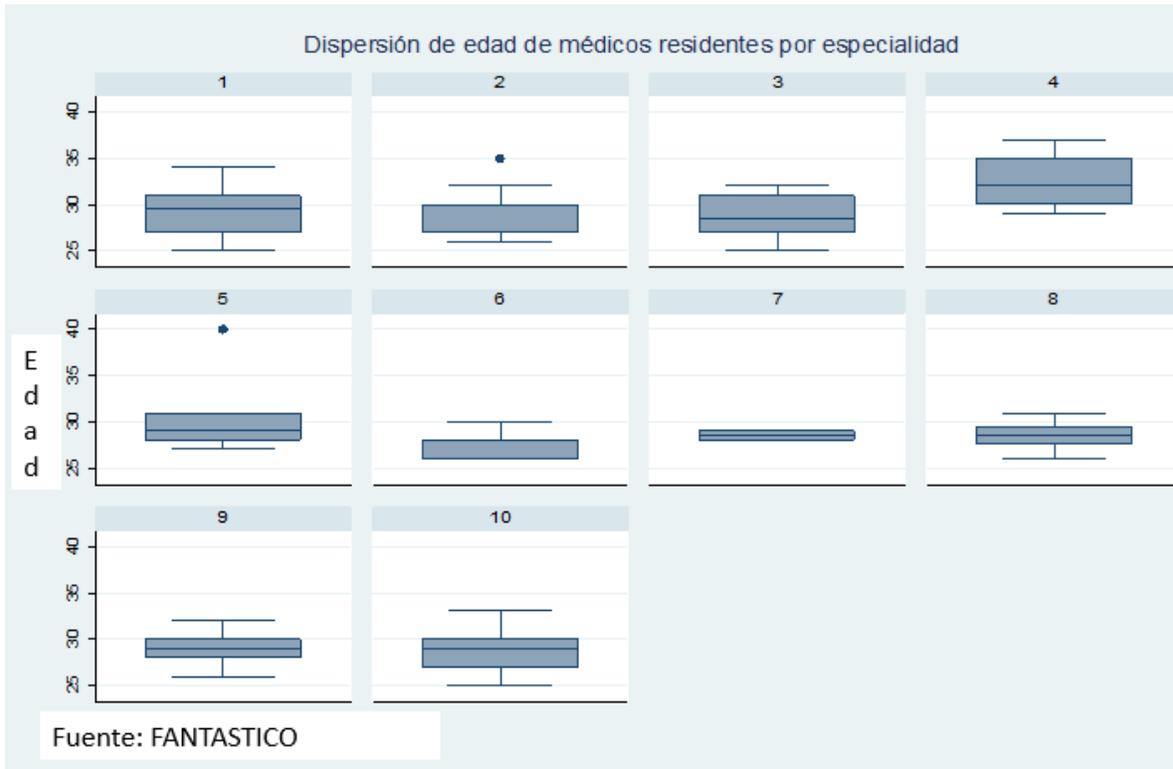
TABLA 1. Edad médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “*FANTASTICO*”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25	3	2.83
26	11	10.38
27	17	16.04
28	17	16.04
29	18	16.98
30	16	15.09
31	15	14.15
32	3	2.83
33	2	1.89
34	1	0.94
35	1	0.94
37	1	0.94
40	1	0.94
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a la tabla 1, nos indica que la edad de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, la moda es de 29 años de edad y la mediana de 31 años de edad.

GRÁFICA 1



Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la gráfica anterior se muestra, la dispersión de edad por especialidad 1 anestesiología, 2 cirugía general, 3 ginecología y obstetricia, 4 medicina del enfermo en estado crítico, 5 medicina integrada, 6 medicina interna, 7 neonatología, 8 pediatría, 9 traumatología y ortopedia, 10 urgencias médicas

TABLA 2. Promedio y desviación estándar de la edad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Variable	Total	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	106	28.97	2.41	25	40

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la tabla 2, se observa la media aritmética (promedio) que reporta un resultado de 28.97 años, obteniendo una desviación estándar de 2.41, teniendo edades que van desde los 25 años hasta los 40 años de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

Media y desviación estándar por sexo

TABLA 3. Promedio y desviación estándar por sexo, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Femenino	Total	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	50	28.72	2.39	26	40

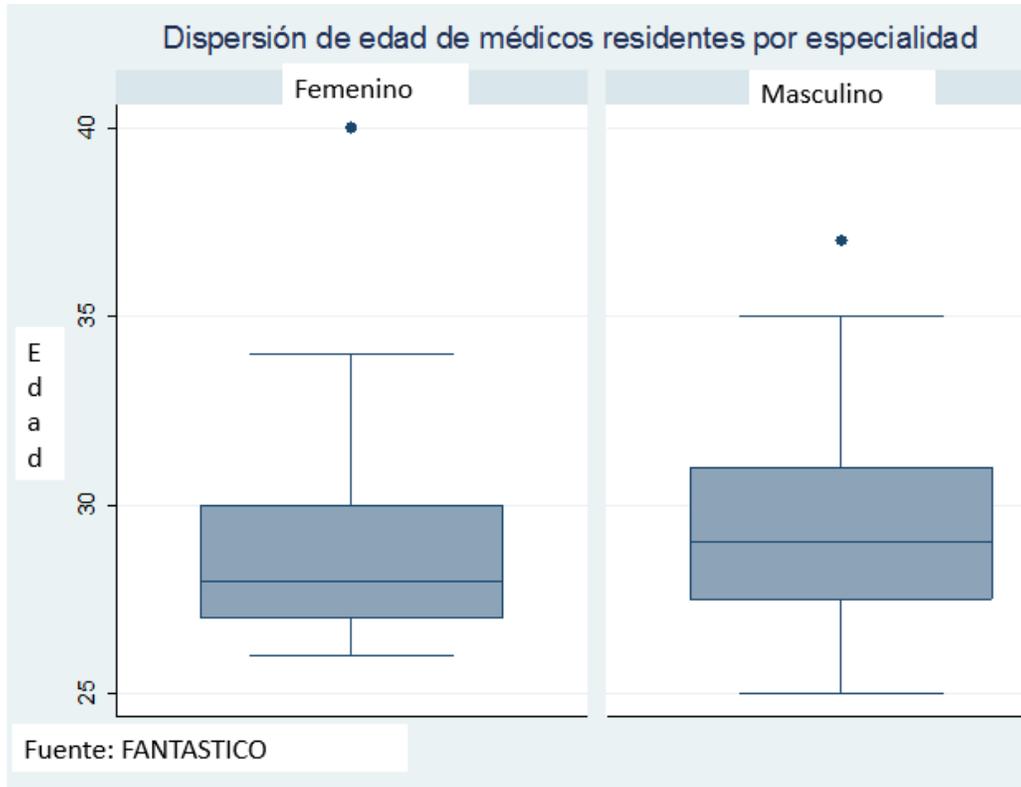
Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 4. Promedio y desviación estándar por sexo, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Masculino	Total	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	56	29.19	2.43	25	37

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a la tabla 3 y 4 el promedio de edad por sexo, las mujeres tienen en promedio 28.72 y los varones 29.19, con una desviación estándar de 2.43

GRÁFICA 2



Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la gráfica 2 se observa, la dispersión de edad por sexo, en la cual se observa mayor dispersión en el sexo femenino.

Media y desviación estándar de la edad por especialidad

TABLA 5. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Anestesiología	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	14	29.14	2.38	25	34

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 6. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Cirugía General	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	13	29.28	2.5	26	35

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 7. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Ginecología y Obstetricia	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	16	28.68	2.12	25	32

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 8. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Medicina del enfermo en estado crítico	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	4	32.5	3.41	29	37

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 9. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Medicina Integrada	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	14	29.71	3.31	27	40

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 10. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Medicina Interna	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	13	27.5	1.33	26	30

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 11. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Neonatología	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	2	28.5	0.7	28	29

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 12. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Pediatría	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	8	28.5	1.6	26	31

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 13. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Traumatología y Ortopedia	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	9	28.77	1.98	26	32

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

TABLA 14. Promedio de edad por especialidad, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo Julio a Agosto del 2015					
Urgencias Médicas	Total	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	13	28.76	2.12	25	33

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a las tabla 5 a 14, se muestra el promedio de edad por especialidad, siendo anestesiología, ginecología y obstetricia las especialidades donde se encuentra los médicos más jóvenes, y en el otro extremo se encuentra en primer lugar medicina integrada seguida por medicina del enfermo en estado crítico, sin embargo la segunda es una subespecialidad.

De acuerdo a los objetivos:

Identificar, si existe apoyo familiar que modifique el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

TABLA 15. Relación Familia y amigos, con el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “<i>FANTASTICO</i>”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015						
Familia y amigos	Estilo de Vida					
	1	2	3	4	5	total
2	0	3.57	0	0	0	0.94
4	100	53.57	19.51	3.13	0	25.47
6	0	28.57	19.51	3.13	0	17.92
8	0	14.29	6.98	87.5	100	55.66
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson chi2 (12) = 46.4158 Pr = 0.000

Al cruzar el apoyo familiar y el estilo de vida, de acuerdo al valor de p de la prueba de ji-cuadrada de pearson si hay una diferencia entre los estilos de vida y el apoyo familiar ($P < 0.05$)

Identificar, si existe relación entre la nutrición y actividad física que modifique el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

TABLA 16. Relación entre nutrición y actividad física de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015						
Nutrición	Actividad física					
	0	2	4	6	8	Total
0	33.33	3.33	3.45	0	0	7.55
2	38.89	16.67	3.45	4.76	12.5	14.15
4	5.56	26.67	20.69	19.05	0	17.92
6	11.11	36.67	20.69	23.81	37.5	25.47
8	11.11	13.33	34.48	38.1	37.5	25.47
10	0	0	17.24	9.52	12.5	755
12	0	3.33	0	4.76	0	1.89
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(24) = 54.8251$ Pr = 0.000

Al cruzar las variables relacionadas con nutrición y actividad física y de acuerdo al valor de p de la prueba de ji-cuadrada, se observa que si existen diferencias entre la nutrición de los médicos residentes y la actividad física realizada por ellos.

Identificar la prevalencia de toxicomanías, que modifiquen el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

TABLA 17. Relación entre estilo de vida y el consumo de tabaco de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Tabaco			
	0	1	2	Total
1	0	0	100	100
2	3.57	25	71.43	100
3	12.2	29.27	58.54	100
4	0	34.38	65.63	100
5	0	0	100	100
Total	5.66	28.3	66.04	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(8) = 8.7035$ Pr = 0.368

De las variables relacionadas al tabaco y el estilo de vida y de acuerdo al valor de p de la prueba de ji-cuadrada, no existe una influencia del tabaquismo y los estilos de vida de los médico residentes ($p > 0.05$)

TABLA 18. Relación entre estilo de vida y el consumo de alcohol de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Alcohol			
	0	1	2	Total
1	33.33	33.333	33.33	100
2	14.29	21.43	64.29	100
3	4.88	24.39	70.73	100
4	9.38	25	65.63	100
5	0	50	50	100
Total	9.43	24.53	66.04	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(8) = 5.0571$ Pr = 0.751

Al cruzar las variables relacionadas con el consumo de alcohol, y de acuerdo al valor de p de la prueba de ji-cuadrada, no se encuentra una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y estilo de vida ($p > 0.05$).

TABLA 19. Uso de drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Otras drogas, como marihuana, cocaína, etc.			
	0	1	2	Total
1	33.33	0	66.67	100
2	0	0	100	100
3	4.88	2.44	92.68	100
4	0	0	100	100
5	0	0	100	100
Total	2.83	0.94	96.23	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(8) = 14.2280$ Pr = 0.076

No hay relación entre el consumo de drogas, como marihuana, cocaína, etc. Y el estilo de vida

TABLA 20. Uso de drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Uso excesivamente medicamentos que me indican o los que puedo comprar sin receta			
	0	1	2	Total
1	0	33.33	66.67	100
2	3.57	28.57	67.86	100
3	2.44	29.27	68.29	100
4	9.38	18.75	71.88	100
5	50	0	5	100
Total	5.66	25.47	68.87	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(8) = 10.5050$ Pr = 0.231

No existe relación, el valor de p no es significativo.

TABLA 21. Uso de drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Bebo café, té o bebidas de cola que tienen cafeína			
	0	1	2	Total
1	0	33.33	66.67	100
2	21.43	25	53.57	100
3	14.63	36.59	48.78	100
4	9.38	37.5	53.13	100
5	0	50	50	100
Total	14.15	33.96	51.89	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Pearson $\chi^2(8) = 3.5218$ Pr = 0.897

El consumo de otras drogas y/o el consumo de café no tienen una influencia significativa sobre el estilo de vida de los médicos residentes, ya que el valor de p de la prueba de ji-cuadrada es mayor a 0.05.

Identificar las modificaciones en el estilo de vida que produce, los cambios en la higiene de sueño y estrés de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

TABLA 22. Estilo de vida e higiene del sueño de médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015				
Estilo de vida	Duermo bien y me siento descansado			
	0	1	2	Total
1	0	66.67	33.33	100
2	35.71	57.14	7.14	100
3	48.78	36.59	14.63	100
4	43.75	53.13	3.13	100
5	0	100	3	100
Total	41.51	49.06	9.43	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

$$\text{Pearson } \chi^2(8) = 10.5779 \quad \text{Pr} = 0.227$$

En relación a la percepción del médico residente sobre si duerme bien y que se siente descansado, no tiene una influencia sobre el estilo de vida por el valor de p de ji cuadrada de Pearson.

TABLA 23. Relación entre sueño y estrés con el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Estilo de vida	Sueño y estrés							Total
	0	2	4	6	8	10	12	
1	0	0	33.33	33.33	0	0	33.33	100
2	3.57	10.71	3.57	46.43	17.86	17.86	0	100
3	4.88	9.76	24.39	21.95	17.07	17.07	7.32	100
4	3.13	9.38	21.95	25	18.75	18.75	3.13	100
5	0	0	0	50	50	50	0	100
Total	3.77	9.43	17.92	30.19	17.92	17.92	4.72	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

$$\text{Pearson } \chi^2(24) = 20.1708 \quad \text{Pr} = 0.687$$

Al cruzar las variables relacionadas con el sueño y los estilos de vida, la combinación de estas variables y el cruce con estilo de vida, no se presenta una relación significativa ($P < 0.05$).

Vincular el grado de satisfacción escolar y la imagen interior de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

TABLA 24. Relación entre la introspección y el estilo de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Estilo de vida	Introspección							
	0	2	4	6	8	10	12	Total
1	0	0	33.33	0	33.33	0	33.33	100
2	0	3.57	14.29	7.14	46.43	17.86	10.71	100
3	2.44	12.2	19.51	14.63	21.95	26.83	2.44	100
4	3.13	3.13	12.51	40.63	25	6.25	9.38	100
5	0	0	0	50	50	0	0	100
Total	1.89	6.6	16.04	20.75	30.19	16.98	7.55	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(24) = 30.4844$ Pr = 0.169.

La relación entre la introspección y el estilo de vida no es significativo, ya que el valor de p de la prueba de ji-cuadrada es mayor a 0.05.

Medir el grado de satisfacción de las actividades laborales, de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

TABLA 25. Satisfacción laboral de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015			
Estilo de vida	Satisfacción		
	2	4	Total
1	66.67	33.33	100
2	35.71	64.29	100
3	39.02	60.98	100
4	34.38	65.63	100
5	100	0	100
Total	38.68	61.32	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Pearson $\chi^2(4) = 4.5173$ Pr = 0.341.

La satisfacción laboral no es significativa, ya que el valor de p de la prueba de ji-cuadrada es mayor a 0.05.

TABLA 26. Puntaje obtenido mediante el instrumento *FANTASTICO*, aplicado a los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, durante el periodo de Julio-Agosto del 2015

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 39	3	2.83
40-59	28	26.42
60-69	41	38.68
70-84	32	30.19
85-100	2	1.89
Total	106	100

De acuerdo al puntaje obtenido, y recordando que menos de 39 significa peligro, de 40 a 59 puntos malo, ambos plantea muchos factores de riesgo para alterar su salud; de 60-69 puntos regular, representa un beneficio para la salud, aunque también representa riesgo, 70 a 84 puntos bueno, se refiere a una influencia adecuada, y de 75 a 100 excelente, que tiene una influencia óptima para la salud.

El 2.83% de los médicos residentes tiene un estilo de vida que está en peligro, el 26.42% tiene un estilo de vida malo, el 38.68% tiene un estilo de vida regular, el 1.89% tiene un estilo de vida bueno y el 2% contestó que tiene un estilo de vida excelente, de acuerdo a estos resultados, la prevalencia del estilo de vida en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca es regular.

TABLA 27. Relación entre la especialidad y la familia y/o amigos de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “<i>FANTASTICO</i>”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015					
Especialidad	Familia y Amigos				
	1	2	3	4	total
Anestesiología	0	21.43	21.43	57.14	100
Cirugía General	7.69	23.08	7.69	61.54	100
Ginecología y Obstetricia	0	18.75	12.5	68.75	100
Medicina del Enfermo en Estado Critico	0	25	50	25	100
Medicina Integrada	0	35.71	14.29	50	100
Medicina Interna	0	30.77	30.77	38.46	100
Neonatología	0	0	50	50	100
Pediatría	0	25	12.5	62.5	100
Traumatología y Ortopedia	0	33.33	0	66.67	100
Urgencias Medicas	0	23.08	23.08	53.85	100
Total	0.94	25.47	17.92	55.66	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En tabla 27 representa la respuesta en cuanto al afecto familiar y amistades, Ginecología y Obstetricia es la especialidad, que refiere tener mayor prevalencia de apoyo familiar, por el contrario Cirugía General fue quien tuvo el puntaje más bajo.

TABLA 28. Relación entre las especialidades y la actividad física de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015						
Especialidad	Actividad Física					Total
	0	1	2	3	4	
Anestesiología	14.29	35.71	35.71	0	14.29	100
Cirugía General	38.46	23.08	15.38	15.38	7.69	100
Ginecología y Obstetricia	6.25	31.25	18.75	37.5	6.25	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	25	25	25	25	0	100
Medicina Integrada	38.57	28.57	35.71	7.14	0	100
Medicina Interna	7.69	46.15	15.38	7.69	23.08	100
Neonatología	0	0	50	50	0	100
Pediatría	0	37.5	37.5	25	0	100
Traumatología y Ortopedia	22.22	0	66.67	0	11.11	100
Urgencias Médicas	15.38	23.08	7.69	53.85	0	100
Total	16.98	28.3	27.36	19.81	7.55	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En tabla 28 se muestra la actividad física cruzada con tipos de especialidad médica, los residentes que mayor actividad física realizan son los de medicina interna.

TABLA 29. Relación entre las especialidades y la nutrición de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Especialidad	Nutrición							
	0	1	2	3	4	5	6	Total
Anestesiología	21.43	14.29	14.29	28.57	14.29	7.14	0	100
Cirugía General	0	46.15	7.69	30.77	7.69	7.69	0	100
Ginecología y Obstetricia	6.25	12.5	6.25	18.75	37.5	12.5	6.25	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	75	0	25	0	0	100
Medicina Integrada	0	21.43	28.57	14.29	21.43	7.14	0	100
Medicina Interna	7.69	7.69	15.38	30.77	30.77	7.69	0	100
Neonatología	0	0	100	0	0	0	0	100
Pediatría	12.5	0	12.5	25	50	0	0	100
Traumatología y Ortopedia	0	11.11	11.11	33.33	22.22	22.22	0	100
Urgencias Médicas	7.69	0	15.38	38.46	30.77	0	7.69	100
Total	7.55	14.15	17.92	25.47	25.47	7.55	1.89	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Nutrición, de acuerdo a la tabla 29 y según el puntaje obtenido, la especialidad de anestesiología con el 21.43% contestó que no tiene una alimentación adecuada, en cambio los que manifestaron tener una adecuada alimentación solo fue el 7.69% siendo médicos residentes de la especialidad de urgencias médicas

TABLA 30. Relación entre la especialidad y el consumo de tabaco de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015					
Especialidad	Tabaco				
	1	2	3	4	total
Anestesiología	0	21.43	28.57	35.71	100
Cirugía General	15.38	53.85	0	15.38	100
Ginecología y Obstetricia	25	18.75	12.50	31.25	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	0	75	100
Medicina Integrada	0	21.43	21.43	35.71	100
Medicina Interna	0	30.77	0	53.85	100
Neonatología	0	0	50	0	100
Pediatría	0	0	25	62.5	100
Traumatología y Ortopedia	0	0	33.33	22.22	100
Urgencias Médicas	0	30.77	15.38	38.46	100
Total	5.66	22.64	16.04	36.79	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Consumo de tabaco, aquí hace referencia mientras mayor es la puntuación, quiere decir que, no consume tabaco, siguiendo esto, en el grupo de pediatría el 62.5% refiere no fumar, del grupo de cirugía general el 58.85%, traumatología y ortopedia el 33.33%, urgencias médicas el 30.77% refiere consumo de tabaco.

TABLA 31. Relación entre las especialidades y el alcohol de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Especialidad	Alcohol							
	0	1	2	3	4	5	6	Total
Anestesiología	0	0	14.29	0	14.29	21.43	50	100
Cirugía General	0	7.69	0	38.46	30.77	0	23.08	100
Ginecología y Obstetricia	0	0	6.25	31.25	18.75	18.75	25	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	25	25	0	25	25	100
Medicina Integrada	0	0	0	7.14	21.43	35.71	35.71	100
Medicina Interna	7.69	0	0	7.69	15.38	38.46	30.77	100
Neonatología	0	0	0	0	50	50	0	100
Pediatría	0	0	0	12.5	12.5	25	50	100
Traumatología y Ortopedia	0	0	11.11	22.22	33.33	11.11	22.22	100
Urgencias Médicas	0	0	7.69	23.08	30.77	15.38	23.08	100
Total	0.94	0.94	5.66	17.92	21.7	21.7	31.13	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a la tabla 31, que describe el consumo de alcohol, el 50% de los médicos residentes de anestesiología refiere no consumir alcohol, al igual que pediatría, de los médicos residentes que más consumen alcohol, se encuentra en primer lugar traumatología y ortopedia, seguido por urgencias médicas y cirugía general.

TABLA 32. Relación entre las especialidades-sueño y estrés de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Especialidad	Sueño y estrés							
	0	1	2	3	4	5	6	total
Anestesiología	0	7.14	35.71	7.14	14.29	28.57	7.14	100
Cirugía General	7.69	15.38	0	53.85	7.69	7.69	7.69	100
Ginecología y Obstetricia	0	0	25	37.5	18.75	6.25	12.5	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	25	25	0	50	0	0	100
Medicina Integrada	7.14	14.29	21.43	28.57	21.43	7.17	0	100
Medicina Interna	7.69	0	15.38	38.46	23	7.69	7.69	100
Neonatología	0	0	0	0	50	50	0	100
Pediatría	0	12.5	25	25	12.5	25	0	100
Traumatología y Ortopedia	11.11	11.11	11.11	22.22	0	44.44	0	100
Urgencias Médicas	0	15.38	7.69	38.46	7.69	30.77	0	100
Total	3.77	9.43	17.92	30.19	16.04	17.92	4.72	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a la tabla 32 mientras más alto es el puntaje obtenido, representa una mejor higiene del sueño y menor estrés, de acuerdo a esto, el puntaje menor indica que duermen bien, en este grupo se encuentra; los médicos residentes de anestesiología con un porcentaje 7.1%, cirugía general y medicina interna 7.69%, ginecología y obstetricia 12.5%.

El 7.69% de cirugía general y de medicina interna, el 7.14% de medicina integrada y el 11.1% de traumatología y ortopedia refiere siempre sentirse cansados y estresados.

TABLA 33. Relación entre la especialidad y la personalidad o de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015						
Especialidad	Personalidad					Total
	0	1	2	3	4	
Anestesiología	7.14	21.43	42.86	21.43	7.14	100
Cirugía General	7.69	38.46	15.38	15.38	23.08	100
Ginecología y Obstetricia	18.75	25	25	18.75	12.5	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	50	50	0	0	100
Medicina Integrada	7.14	42.86	35.71	0	14.29	100
Medicina Interna	0	7.69	53.85	30.77	7.69	100
Neonatología	0	50	0	0	50	100
Pediatría	0	25	50	25	0	100
Traumatología y Ortopedia	0	22.22	55.56	22.22	0	100
Urgencias Médicas	0	30.77	23.08	30.77	15.38	100
Total	5.66	28.3	35.85	18.87	11.32	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

De acuerdo a la tabla 33, el porcentaje de médicos que siempre se sienten acelerados y enojados, son anestesiología y medicina integrada con 7.14%, cirugía general 7.69%, ginecología y obstétrica 18.75%,

TABLA 34. Relación entre las especialidades e introspección de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento "FANTASTICO", durante el periodo Julio-Agosto del 2015								
Especialidad	Introspección							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
Anestesiología	0	0	21.43	28.57	35.71	14.29	0	100
Cirugía General	0	23.08	7.69	23.08	23.08	15.38	7.69	100
Ginecología y Obstetricia	6.25	0	12.5	18.75	25	25	12.5	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	0	50	25	0	25	100
Medicina Integrada	0	21.43	28.57	7.14	35.71	7.14	0	100
Medicina Interna	0	0	30.77	23.08	38.71	7.69	0	100
Neonatología	0	0	0	100	0	0	0	100
Pediatría	0	12.5	12.5	0	37.5	37.5	0	100
Traumatología y Ortopedia	0	0	22.22	22.22	22.22	22.22	11.11	100
Urgencias Médicas	7.69	0	0	15.38	30.77	23.08	23.08	100
Total	1.89	6.6	16.04	20.75	30.19	7.55	7.55	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la tabla 34, del 100% de los médicos residentes en cirugía general el 7.69%, ginecología y obstetricia 12.5%, medicina del enfermo en estado crítico 25%, traumatología ortopedia 11.1%, urgencias médicas el 23.08% refieren siempre sentirse optimistas y tranquilos.

TABLA 35. Relación entre la especialidad y conducción /trabajo de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015					
Especialidad	Conducción/ Trabajo				
	1	2	3	4	Total
Anestesiología	0	7.14	21.43	71.43	100
Cirugía General	0	7.69	46.15	46.15	100
Ginecología y Obstetricia	0	0	31.25	68.75	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	75	25	100
Medicina Integrada	0	14.29	50	35.71	100
Medicina Interna	7.69	7.69	46.15	38.46	100
Neonatología	0	0	0	100	100
Pediatría	0	0	50	50	100
Traumatología y Ortopedia	0	33.33	22.22	44.44	100
Urgencias Médicas	0	0	30.77	69.23	100
Total	0.94	7.55	37.74	53.77	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la tabla 35 este ítem hace referencia a dos preguntas, se refiere acerca del uso de cinturón de seguridad y el grado de satisfacción con su trabajo y/o actividades laborales, en cuanto al uso de cinturón de seguridad en anestesiología solo el 7.14%, cirugía general y medicina interna 7.69%, medicina integrada 14.29%, traumatología y ortopedia el 33.33% refieren usar siempre el cinturón de seguridad, el resto refiere que a veces.

En grado de satisfacción el 71.43% de los médicos de anestesiología refiere sentirse satisfecho con sus actividades, cirugía general el 46.15, ginecología y obstetricia 68.75, medicina del enfermo en estado crítico el 25%, medicina integrada el 35.77%, medicina interna 38.46%, neonatología 100%, pediatría 50%, traumatología y ortopedia 44.44%, urgencia medicas 69.23%.

TABLA 36. Relación entre las especialidades y otras drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015							
Especialidad	Otras drogas						
	1	2	3	4	5	6	total
Anestesiología	0	0	21.43	21.43	28.57	28.57	100
Cirugía General	7.69	7.69	7.69	15.38	15.38	46.15	100
Ginecología y Obstetricia	0	6.25	6.25	18.75	31.25	37.5	100
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	0	0	25	0	0	75	100
Medicina Integrada	0	0	7.14	14.29	35.71	42.86	100
Medicina Interna	0	7.69	0	23.08	46.15	23.08	100
Neonatología	0	0	0	0	0	100	100
Pediatría	0	0	0	12.5	37.5	50	100
Traumatología y Ortopedia	0	0	11.11	33.33	11.11	44.44	100
Urgencias Médicas	0	0	7.69	30.77	15.38	46.15	100
Total	0.94	2.83	8.49	19.81	26.42	41.51	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Tabla 36 con respecto al uso de drogas, en este ítem, se refiere al uso de sustancias ilegales, como el uso de medicamentos y derivados de cafeína. Mientras más alto sea el puntaje se refiere que no consumen estas sustancias.

Por lo tanto los residentes de neonatología refieren que nunca consumen estas sustancias.

TABLA 37. Peso de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015		
Estoy pasado de mi peso ideal	Frecuencia	Porcentaje
Normal o hasta 4 kilos de más	21	19.81
5 a 8 kilos de más	28	26.42
más de 8 kilos	57	53.77
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la tabla 37 muestra que el 19.81% de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca están dentro de su peso ideal, el 26.42% refiere tener de 5 a 8 kilogramos de más de su peso ideal, y el 57% más de 8 kilos

TABLA 38. Pensador positivo en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015		
Pensador positivo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	6.6
A veces	50	47.17
Nunca	49	46.23
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

En la tabla 38 muestra el porcentaje de pensadores positivos, el 6.6% refiere que siempre piensa positivo, el 47.17% a veces, y el 46.23% que nunca.

TABLA 39. Me siento deprimido o triste en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015		
Me siento deprimido o triste	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	9.49
A veces	63	59.43
Nunca	34	32.08
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Del 100% del total de los médicos residentes del Hospital general de Pachuca el 9.49% siempre se siente deprimido, el 59.43% a veces y el 32.08 refiere que nunca.

TABLA 40. Duermo bien y me siento descansado por semana de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015		
Duermo bien y me siento descansado	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	44	41.51
A veces	52	49.06
Nunca	10	9.43
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Del 100% de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca el 41.51% refiere siempre sentirse descansado, el 49.06% a veces y el 9.43% nunca.

TABLA 41. Uso drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, a través del instrumento “FANTASTICO”, durante el periodo Julio-Agosto del 2015		
Uso drogas como marihuana, cocaína, etc.	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	2.83
A veces	1	0.94
Nunca	102	96.23
Total	106	100

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Del 100% de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca el 2.83% refiere el uso de algún tipo de droga ilícita, el 0.94% a veces y el 96.23% nunca.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación describen las prácticas que hacen parte del estilo de vida los 106 médicos residentes del Hospital General de Pachuca durante el periodo de Julio a Agosto del 2015, para lo cual se utilizó el instrumento *FANTASTICO*, el cual tiene 25 ítem, agrupados en 10 dominios.

En cuanto a familia y amigos, sí hay una diferencia entre los estilos de vida y el apoyo familiar, como lo menciona Lerma y colaboradores (2), en el estudio “Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida”, las relaciones interpersonales, logran establecer relaciones positivas, caracterizadas por expresiones apropiadas de afecto así como de gustos, preferencias y opiniones; la ayuda a los amigos y la búsqueda de diversión y compañía.

Al relacionar el nivel de actividad física con la nutrición en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, se encontró que si existen diferencias entre estas, esto es similar a lo mostrado en estudios de Sanabria (6) y Hernández (11), en los se demuestra hábitos poco y/o nada saludables (94,18%).

En cuanto al peso ideal en el estudio de Sanabria y colaboradores (6), en su estudio obtuvo que el 61.2% de los médicos estaban en su peso ideal, 23.3% en sobrepeso u obesidad sin embargo, en el Hospital General de Pachuca solo la cuarta parte de los médicos residentes se encuentran dentro de su peso ideal.

Al evaluar la percepción en cuanto a si se han sentido deprimidos o no los médicos residentes, se encontró que alrededor de 9.49% siempre se siente deprimido, comparado con Sanabria y colaboradores (6) en el estudio “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos”, el cual reporto que el 24.2% de los médicos se siente deprimidos.

De las variables relacionadas al tabaco y el estilo de vida los resultados encontraron, que no existe una influencia del tabaquismo y los estilos de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, sin embargo en estudios como el de Calleros y colaboradores (30) “Tabaquismo en estudiantes de Medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias”, el 12.7% de los alumnos son fumadores activos. En su estudio sugiere que el conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco no desempeñan un papel relevante para disminuir las tasas de tabaquismo, asimismo el proceso por el cual se adquiere el hábito de fumar durante la adolescencia no es del todo comprendido. Se acepta ampliamente que existen muchos factores que influyen en el fumador para seguir con su hábito tabáquico: factores personales (personalidad, aspectos psicológicos), sociales (situación económica, familia y relaciones sociales) y biológicos, todos estos se combinan e interactúan entre sí.

En la investigación de Calleros (30), se encontró que el estrés es el principal motivo para continuar con este hábito (64%), el otro 32% porque le gusta el sabor y el resto por costumbre.

Respecto al consumo de alcohol, no se encuentra una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y estilo de vida, situación semejante a lo encontrado por Hinojosa (31) y colaboradores en el estudio “Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud”, en el cual, se logró documentar que los profesionales de la salud tienen un menor consumo en comparación con los trabajadores no profesionales.

Con relación a la percepción del médico residente sobre si duerme bien y se siente descansado, no tiene una influencia sobre el estilo de vida, de acuerdo a los resultados encontrados, por lo tanto no es significativo en los médicos residentes del Hospital general de Pachuca, en otro estudio realizado con estudiantes de medicina sobre la percepción del sueño, de Rosales y colaboradores (36) si hubo significancia.

No hay relación significativa entre el consumo de drogas de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, en alguna literatura se menciona el uso y abuso de sustancias como anfetaminas, cocaína, LSD en médicos, como lo hace Lara (49) y colaboradores en su estudio, en el que describe el consumo aumentado con respecto a la población general.

CONCLUSIONES

1. Los médicos residentes del Hospital General de Pachuca en su gran mayoría tienen estilos de vida regulares, al ser mínima su actividad física
2. Se evidencia en un alto porcentaje de grados de sobrepeso y en algunos otros de obesidad que corresponde a más de la mitad de los médicos residentes
3. El estudio demostró que los médicos residentes entrevistados poseen hábitos alimenticios poco saludables, consumiendo grandes cantidades de carbohidratos y grasas.
4. A pesar que conocen los perjuicios, la morbilidad asociada al consumo de alcohol y cigarrillos algunos médicos siguen con este tipo de prácticas.
5. No existe un compromiso por parte de los mismos médicos que contribuya al autocuidado de la salud.

RECOMENDACIONES

1. Crear una política institucional que fomente la actividad físico- recreativa entre el personal de salud, especialmente médicos residentes.
2. Talleres por personal de nutrición para establecer patrones de alimentación saludables entre los médicos con el fin de prevenir sobrepeso u obesidad y así disminuir el riesgo de padecerlo.
3. Cambiar los menús que se ofertan en el comedor del Hospital General de Pachuca
4. Respetar los tiempos de alimentación dentro del horario hospitalario establecido.
5. Organizar torneos y actividades deportivas con el fin de estimular a la práctica de algún deporte.
6. Crear áreas adecuadas para la práctica deportiva dentro o fuera de las instalaciones hospitalarias.
7. Involucrar a todos aquellos médicos residentes que presentan sobrepeso u obesidad a programas de distintas actividades físicas y deportivas dentro de la institución como una forma de incentivar y promover el ejercicio físico.
8. Realizar continuamente revisiones médicas, a los médicos residentes con sobrepeso y obesidad evaluando, exámenes de laboratorios y medidas antropométricas.
9. Realizar screening, para detectar médicos residentes que se encuentren tristes, o deprimidos y proporcionar terapia psicológica.

ANEXOS

Anexo #1

ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, MEDIDOS A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO "FANTASTICO" DURANTE EL PERIODO DE JULIO-AGOSTO DEL 2015		
TEST DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA "FANTASTICO"		
INSTRUCCIONES: El siguiente es un test diseñado para valorar su estilo de vida y la relación que tiene con su salud. Le agradecemos que después de leer cuidadosamente, seleccione el número, que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su punto de vista (en el último mes). Le pedimos que conteste todas las preguntas. Si tiene alguna duda con gusto le ayudaremos.		
Edad: _____ Sexo : _____ Año y Especialidad: _____		
Familia y amigos	Tengo con quién hablar de las cosas que con importantes para mí:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
	Yo doy y recibo cariño:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
Actividad física	Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín):	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	

	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido):	()
	4 ó más veces por semana (2)	
	1 a 3 veces por semana (1)	
	Menos de 1 vez por semana (0)	
Nutrición	Mi alimentación es balanceada	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa:	()
	Ninguna de estas (2)	
	Alguna de estas (1)	
	Todas estas (0)	
	Estoy pasado de mi peso ideal en:	()
	Normal o hasta 4 kilos de más: (2)	
	5 a 8 kilos de más (1)	
	más de 8 kilos (0)	
Tabaco	Yo fumo cigarrillos	()
	No en los últimos 5 años (2)	
	No en el último año (1)	
	He fumado en este año (0)	
	Generalmente fumo ____ cigarros por día:	()
	Ninguno (2)	
	De 1 a 5 (1)	

	De 6 a 10 (0)	
Alcohol	Mi número de tragos por semana es:	()
	0 a 7 tragos (2)	
	8 a 12 tragos (1)	
	Más de 12 tragos (0)	
	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:	()
	Nunca (2)	
	A veces (1)	
	Siempre (0)	
	Manejo el auto después de beber alcohol:	()
	Nunca (2)	
	Sólo una vez (1)	
	A menudo (0)	
Sueño y estrés	Duermo bien y me siento descansado/a	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:	()
	Siempre (2)	

	A veces (1)	
	Nunca (0)	
Tipo de personalidad	Parece que ando acelerado/a:	()
	Nunca (2)	
	A veces (1)	
	Siempre (0)	
	Me siento enojado/a agresivo/a	()
	Nunca (2)	
	Algunas veces (1)	
	Siempre (0)	
Introspección	Yo soy un pensador positivo u optimista:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
	Yo me siento tenso/a:	()
	Nunca (2)	
	Algunas veces (1)	
	Siempre (0)	
	Yo me siento deprimido/a o triste:	()
	Nunca (2)	
	Algunas veces (1)	
	Siempre (0)	
Conducción /Trabajo	Uso siempre el cinturón de seguridad:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	

	Nunca (0)	
	Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades:	()
	Siempre (2)	
	A veces (1)	
	Nunca (0)	
Otras drogas	Uso drogas como mariguana, cocaína, etc.	()
	Nunca (2)	
	Ocasionalmente (1)	
	Siempre (0)	
	Uso excesivamente medicamentos que me indican o los que puedo comprar sin receta:	()
	Nunca (2)	
	Ocasionalmente (1)	
	Siempre (0)	
	Bebo café, té o bebidas de cola que tienen cafeína:	()
	Menos de 3 por día (2)	
	3 a 6 por día (1)	
	Más de 6 por día (0)	
Adaptación autorizada de McMaster University, Ontario, Canadá.		
"Do you have a fantastic lifestyle?. Convenio Promoción de la Salud Canadá - Chile		
Fuente: Ministerio de Salud Departamentos de Epidemiología y Promoción de la salud – Consejo Nacional VIDA CHILE (53)		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, MEDIDOS A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO “*FANTASTICO*” DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO DEL 2015

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, MEDIDOS A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO “*FANTASTICO*” DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO DEL 2015 . Este estudio pretende contribuir a la identificación de los factores de riesgo que modifican los estilos de vida de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca, lo cual puede interesar a las instituciones educativas, de salud y gobierno para la promoción, prevención e implementar programas, destinar recursos, establecer políticas saludables dirigidos a favorecer la adopción de prácticas saludables entre su comunidad. Este proyecto está siendo realizado por la Médico Residente de segundo año de la especialidad medicina integrada, Clara Mora Tirado, bajo la supervisión de la Dra. Maricela Guevara Cabrera, Médico especialista en Medicina Interna y asesor clínico; Dr. en Ciencias Sergio Muñoz Juárez, asesor universitario y la Dra. en Ciencias María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos, asesor universitario de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, mediante un cuestionario auto aplicable de 25 items, en un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida del cuestionario será usada para hacer una publicación escrita. Alguna información personal básica puede ser incluida como: edad, género, año de escolaridad y especialidad.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información del cuestionario. Sin embargo, se tomarán precauciones para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para las siguientes generaciones de médicos residentes del Hospital General de Pachuca. No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Preguntas e información

Se me ha comunicado que si tengo cualquier pregunta acerca de mi consentimiento o acerca del estudio puedo comunicarme con:

Nombre del investigador: Clara Mora Tirado

Dirección: San Martín de Porres 24 B Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo; Teléfono 55 38 54 49 31 correo electrónico: clara_mot@hotmail.com

Institución donde se realizara el estudio: Hospital General de Pachuca, ubicado en Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo; Teléfono (01)77142564 Y 77142475

Nombre de asesor: Dra. Maricela Guevara Cabrera, Asesor Clínico.

Dirección: Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo; Teléfono (01)77142564 Y 77142475

Nombre de asesor: Dr. Sergio Muñoz Juárez, Asesor Universitario

Dirección: Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo; Teléfono (01)77142564 Y 77142475

Nombre de asesor: Dra. María del Carmen Alejandra Hernández Ceruelos, Asesor Universitario

Dirección: Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 Colonia Ciudad de los Niños C.P. 42090, Pachuca, Hidalgo; Teléfono (01)77142564 Y 77142475

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante

.....
Firma del testigo y fecha

.....
Nombre del testigo

.....
Firma del investigador y fecha

.....
Nombre del investigador

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero-Montoya. Estilos de vida y salud. EDUCERE, artículos arbitrarios, 2010; 14 (48): 13-19.
2. Lerma-Soto. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida, Pensamiento Psicológico, 2009; 5 (12): 71-88.
3. Arguello-M. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga, Departamento de Psicología, 2009; 1(2): 27-41.
4. Schonhaut-B. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de formación de especialistas en Pediatría, Rev. Chil. Pediatr. 2009; 80 (1): 30-38.
5. Lumbreras-Delgado. Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención, Revista digital universitaria, 2009; 10 (2): 1-14.
6. Sanabria-Ferrand. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio, Revista Med., 2007; 15 (2): 207-217.
7. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña, Fundación Galatea, 2007; 1-92.
8. Méndez-Cerezo. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. An Med (Mex),2011; 56 (2):79-84.
9. Urzúa-M. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto, Terapia Psicológica, 2012; 30 (1): 61-71.
10. Álvarez-C. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto, Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2012; 30 (1): 95-101.
11. Hernández-Melba. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria, Rev. De la Facultad de Medicina, 2007; 30 (2): 119-123.
12. Grimaldo-Muchotrigo. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima, Pensamiento Psicológico, 2010; 8 (15): 17-38.

13. Triviño-Quintero. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad, *Acta Médica Colombiana*, 2009; 34(4):158-163.
14. Rodríguez-Moctezuma. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos, *Rev Med IMSS*, 2003; 41 (3): 211-220.
15. Ramírez-Vélez. Fiabilidad y validez del instrumento "FANTASTICO" para medir el estilo de vida en adultos colombianos, *Rev. Salud pública*, 2012; 14 (2): 226-237.
16. Zambrano-Bermeo. Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular. Maestría Thesis, Universidad Nacional de Colombia, 2013; 79-81.
17. López-Carmona. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial, *Atención Primaria* 2000; 26(8):542-549.
18. ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 16. (consultado 6 de febrero de 2015); Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf>
19. Díaz-Cárdenas. Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de Odontología, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2012; 5(3): 217-218.
20. Gaxiola-Romero. Influencia de la resiliencia, metas y contexto social en el rendimiento académico de bachilleres, *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2012; 1(1): 164-181.
21. Graue-Wiechers. El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional, Seminario el ejercicio actual de la medicina, 2007; Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html
22. Martín-Zurro. Migración profesional: un fenómeno multicausal y con repercusiones en los países de origen y destino. *Aten Primaria*, 2011; 43 (5): 227-228

23. López-Bárcena. Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencia, *Med. Int. Mex.*, 2006; 22(3): 189-196.
24. Bolaños-Vergaray. Los futuros médicos y la actividad física: una contradicción no saludable, *Apunts. Med. Esport.*, 2010; 45 (167):151-159.
25. Remor-E. La relación entre Niveles de la Actividad Física y la Experiencia de Estrés y de Síntomas de Malestar Físico, *Revista Interamericana de Psicología*, 2007; 41(3): 313-322.
26. Chiapello-J. Situación nutricional en estudiantes de medicina, comunicaciones científicas y tecnológicas, 2006; 23-27.
27. Montero-Bravo. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales, *Nutrición Hospitalaria*, 2006; 21(4): 466-473.
28. Iglesias-M. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios madrileños, *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, 2013; 33 (1): 23-30.
29. Rather-Rinat. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile, *Rev Med Chile*, 2012, 140: 1571-1579.
30. Calleros-Camarena. Tabaquismo en estudiantes de Medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias, *Revista Médica*, 2013, 4 (3):171-173.
31. Hinojosa-García. Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud, *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 2012; 20 (1):19-25.
32. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
33. Rodríguez-Fernández. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria, *Atención Primaria*, 2001; 28 (4): 259- 262.
34. Báez-G. Calidad del sueño en estudiantes de medicina, *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 2005; 141:14-17.
35. Díaz-Campo. La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha, *Rev. Clin. Med. Fam.*, 2008; 2 (4):156-161.

36. Rosales-Mayor. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana, *Anales de la Facultad de Medicina*, 2007; 68 (2): 150-158.
37. Deschamps-Perdomo. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, *Med Segur Trab*, 2011; 57 (224):224-241.
38. Rodríguez-Garza. El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica, *Revista Iberoamericana de Educación*, 2014; 66:105-122.
39. Bitran-C. Influencia de la personalidad y el estilo de aprendizaje en la elección de especialidad médica, *Rev. Méd. Chile*, 2005; 133:1191-1199.
40. Ríos-Martínez. Rasgos de personalidad de los residentes de Cardiología y áreas afines, *Med. Int. Mex.*, 2013; 29:571-580.
41. Moreno-Jiménez. Personalidad Positiva y Salud, *Psicología de la SALUD. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 2005; 59-76.
42. Navarro-Marún. Introspección en pacientes con psicosis, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2006; 35(1):61-70.
43. Steinert Yvonne. ¿Qué se puede hacer con el residente que “anda mal”?, *British Medical Journal*, 2008; 1 (3) 150-153.
44. Castro-Mujica. Somnolencia y cansancio durante la conducción: accidentes de tránsito en las carreteras del Perú, *Acta Med. Per.* 2009; 26 (1):48-54.
45. Bobbio-L. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima Perú, *Rev. Perú. Epidemiol.*, 2010; 14(2):133-138.
46. Hamui-Sutton. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Inv Ed Med*, 2014; 3 (10): 74-84.
47. Gloria-Garces. Consumo de estimulantes del sistema nervioso central en estudiantes de enfermería y medicina de una universidad chilena. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 2013;1(2):64-69
48. Martínez-Lanz. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2005; 48(5).

49. Lara-Hidalgo. Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá, *Revista Ciencias de la Salud*, 2012; 10: 87-100.
50. Serebrenic Jungerman. Abuso de Fármacos Anestésicos por parte de los Anestesiólogos, *Rev. Bras. Anesthesiol.*, 2012; 62 (3): 375-386.
51. Prieto-Miranda. Desgaste Profesional y calidad de vida en médicos residentes, *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2013; 51(5):574-579.
52. Arenas-Monreal. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos, *Salud Publica de México*, 2004; 46 (4): 326-332.
53. Cuba-J. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los Médicos Residentes de un Hospital Nacional, *An Fac med.* 2011; 72(3):205-210.
54. Vida Sana en la empresa, *Guía Práctica para empresas*; Ministerio de salud, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos INTA, *Acción RSE y el consejo Nacional VIDA CHILE*, 2004; 48.