

CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DE POSGRADO

QUALITY OF LIFE DURING POSTGRADUATE MEDICAL TRAINING

QUALIDADE DE VIDA EM MÉDICOS EM FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Pedro José Sarmiento¹

Andrés Parra-Chico²

RESUMEN

Estudio descriptivo en el que se recopila y cuestiona la evidencia general relacionada con la calidad de vida en los médicos residentes en formación de posgrado. La información obtenida en cinco bases de datos, realizada durante cuatro meses en 2014, resalta en su mayoría decenas de trabajos que subrayan la condición de afectación de la calidad de vida en residentes y personal de salud en términos de *burnout*. El énfasis del deterioro en la calidad de vida se enfoca en los síntomas de desgaste profesional que impactan negativamente en su salud y sensación subjetiva de satisfacción personal. Aunque la mayoría de escalas de calidad de vida se han enfocado en los pacientes, algunas de ellas podrían ser aplicadas en residentes para evaluar sus condiciones de aprendizaje y de trabajo a fin de ponerse en armonía con los objetivos de la legislación, la ética y la universal aspiración de salud. Se estima necesaria una reconsideración basada en criterios éticos, de salud y de psicología organizacional que beneficien al médico en formación y que redunden en la calidad de la atención en salud.

PALABRAS CLAVE: médicos, calidad de vida, burnout, estrés laboral, desgaste profesional, educación médica (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2015.19.2.8

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Sarmiento PJ & Parra-Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *pers.bioét.* 2015; 19(2): 290-302. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.8

- 1 Investigador principal. PhD, MD. Director Grupo Kheirón Bioética Unisabana. Universidad de La Sabana, Colombia. pedro.sarmiento@unisabana.edu.co
- 2 Investigador del Grupo Kheirón Bioética Unisabana. MD. MsC. Universidad de La Sabana, Colombia. wilsonpch@unisabana.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-06-13
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-06-15
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-07-21
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2015-05-11

ABSTRACT

This descriptive study gathers and questions general evidence on the quality of life experienced by medical residents during post-graduate training. The information was obtained from five databases during a period of four months in 2014. For the most part, it highlights dozens of studies that call attention to burnout as a condition that affects the quality of life of medical residents and health workers. The emphasis on deterioration in quality of life focuses on the symptoms of professional attrition that negatively impact a person's health and their subjective sense of personal satisfaction. Although most quality-of-life scales are focused on patients, some of them could be used to assess the learning and working conditions of medical residents, so as to bring them in line with the objectives of legislation, ethics and the universal aspiration for health. The conclusion is that reconsideration is necessary, based on principles of ethics, health and organizational psychology that could benefit the physician in training and have an impact on the quality of health care.

KEYWORDS: Health, quality of life, burnout, job stress, professional attrition, medical training (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Estudo descritivo no qual se recopila e questiona a evidência geral relacionada com a qualidade de vida nos médicos residentes em formação de pós-graduação. A informação obtida em cinco bases de dados, realizada durante quatro meses em 2014, ressalta, em sua maioria, dezenas de trabalhos que acentuam a condição de afetação da qualidade de vida em residentes e no pessoal de saúde em termos de burnout. A ênfase da deterioração na qualidade de vida se enfoca nos sintomas de desgaste profissional que impactam negativamente em sua saúde e na sensação subjetiva de satisfação pessoal. Embora a maioria de escalas de qualidade de vida tenha sido enfocada nos pacientes, algumas delas poderiam ser aplicadas em residentes para avaliar suas condições de aprendizagem e de trabalho a fim de se ajustarem com os objetivos da legislação, da ética e da universal aspiração de saúde. Estima-se necessária uma reconsideração baseada em critérios éticos, de saúde e de psicologia organizacional que beneficiem o médico em formação e que redundem na qualidade do atendimento em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: médicos, qualidade de vida, *burnout*, estresse laboral, desgaste profissional, educação médica (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

La necesidad de revisar las condiciones de calidad de vida de los residentes ha sido una preocupación de diversas instituciones y de organismos legislativos en todo el mundo (1-4). Asociaciones médicas, facultades y autoridades de salud, en general, han promovido diversas transformaciones tanto en la forma en que es comprendido el papel del médico en formación de posgrado, tanto en el escenario educativo y de atención en salud como en el ejercicio práctico de sus responsabilidades. No obstante, a pesar de que las facultades de salud se esfuerzan por formar más y mejores profesionales capaces de combatir la enfermedad, el estrés y la disminución de la calidad de vida, estos son factores cada vez más frecuentes. Paradójicamente, aunque los propósitos de formación de profesionales capacitados para la promoción y prevención de salud son comunes a todas las facultades de salud, el desarrollo de las residencias médicas en todo el mundo —incluidos países avanzados—, ha evidenciado niveles de estrés superiores a los de la población en general. Los factores más comúnmente asociados a este problema están representados en la sobrecarga de trabajo, la privación de sueño y las consecuencias derivadas de estos factores tales como errores en la atención y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares; simultáneamente, en muchos de estos médicos se presentan síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades de diversa índole.

El factor estrés, quizá el más visible y relevante, aunque no el único, lleva a quien lo padece a consecuencias negativas muy conocidas, ya sea en términos de patologías (tales como enfermedad coronaria, úlcera péptica, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades alérgicas e infecciones), o bien psiquiátricas (como trastorno de

ansiedad, depresión e insomnio) (5, 6), algunas de ellas presentes también en el personal de salud, especialmente en estudiantes de posgrado (7, 8).

Los estudios transversales y prospectivos que desde hace más de treinta años se vienen realizando en diversas latitudes sobre el impacto de este factor en residentes, demuestran que esta situación también se encuentra vinculada y en sinergia con otros elementos tales como presencia de conocimientos médicos insuficientes, ausencia de supervisión en muchas decisiones, ambientes académicos poco estimulantes, alto grado de competitividad, dificultades financieras e incertidumbre respecto al futuro profesional (9, 10).

Con frecuencia, se estima que la responsabilidad natural del ejercicio de salud consiste en el interés educativo y práctico de mejorar la calidad de vida de la población. No obstante, esta responsabilidad es medida, frecuentemente, según el grado de satisfacción del paciente (11, 12) y casi nunca en la perspectiva del personal asistencial. En general, se hace poco énfasis en conocer e investigar sobre la calidad de vida de los profesionales de salud a pesar de que se sepa que el bienestar laboral de ellos también influye en la efectividad de su trabajo, en términos de resultados de salud poblacional (13-20).

La problemática en torno a la calidad de vida de los residentes médicos ha sido ampliamente estudiada por diversas investigaciones que incluyen estudios transversales, longitudinales y retrospectivos que convergen en la tesis según la cual, existen factores que afectan la calidad de vida de los residentes. El aspecto con mayor deterioro después de un año de exposición a los estudios de especialidad es la función física, y se considera que en esto puede ser clave la ausencia de sueño que de manera aguda y crónica sufren los residentes (21, 22).

LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS, ALGUNOS DE ANÁLISIS BIVARIADO Y MULTIVARIADO, DEMUESTRAN QUE LA MAYOR PARTE DE LOS RESIDENTES REALIZAN ENTRE 5 Y 6 TURNOS DE 24 HORAS AL MES Y NO DUERMEN MÁS DE 4 HORAS EN CADA UNO DE ELLOS.

Considerando estos elementos, se vio la necesidad de hacer un trabajo de revisión que actualice y reexamine los temas implicados en la calidad de vida de los médicos en formación de posgrado, a fin de determinar y evaluar la pertinencia de los elementos implicados, así como para establecer mejores análisis y nuevas investigaciones.

METODOLOGÍA

Entre los meses de septiembre a diciembre de 2014 se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos PubMed, Medline, Winley, Ebsco y Psychinpro. Los criterios de búsqueda fueron los siguientes: “quality of life”, “medical training”, “burn out”, “burn out and residents”. Se encontraron 217.752 registros de artículos en lengua inglesa bajo la expresión “quality of life”. Con la combinación de términos como “quality of life”, “medical training” y “residents” se encontraron 2645. En lengua española se hallaron, bajo los mismos parámetros de búsqueda, 3284 registros de artículos, principalmente españoles, argentinos mexicanos, colombianos y brasileños. Los registros se limitaron a los últimos 5 años, para un total de 1825. Se destaca un *boom* de trabajos entre los años 2005 y 2011, periodo en el cual se evidencia el mayor número de artículos sobre el tema. Los resúmenes de los artículos encontrados fueron revisados por los autores junto con sus referencias, de las cuales —según pertinencia y relevancia— se organizó una colección primaria de artículos publicados como resultado de investigaciones con enfoque metodológico transversal,

longitudinal y prospectivo, centrados en temas como síndrome de *Burnout* y otras variables que afectan la calidad de vida de residentes.

Los temas contenidos en estos trabajos se resumen en la importancia de realizar políticas tendientes a disminuir factores nocivos presentes en los residentes como estrés, consumo de alcohol y drogas, depresión, ansiedad y conductas suicidas. La mayoría de problemas y situaciones son compartidos en diversos países y continentes. Las medidas que se han establecido son variables y dependientes de factores culturales.

LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA

Se entiende como “residencias médicas”, el sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines. Los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y los ministerios de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas (23).

Durante la formación profesional de posgrado, los médicos cumplen dos actividades: la formativa y la asistencial (médica o quirúrgica). Esta actividad se realiza durante un periodo variable, según el programa y el país, comprendido entre 3 y 5 años, tiempo en el que el residente labora y estudia en el ambiente asistencial durante el día y la noche. Los médicos residentes, en general, deben laborar ocho horas diarias como en cualquier otro trabajo; a esto se suman los turnos o las guardias, que van de las 16:00 a las 8:00 horas del día siguiente, momento en el que reinician sus actividades ordinarias —muchas veces sin un tiempo compensatorio—, lo cual hace que su jornada laboral promedio sea de 32 horas, actividad que se puede repetir hasta tres —o incluso más días— a la semana. La mayoría de los estudios, algunos de análisis bivariado y multivariado, demuestran que la mayor parte de los residentes realizan entre 5 y 6 turnos de 24 horas al mes y no duermen más de 4 horas en cada uno de ellos (24, 25). En estas condiciones de trabajo, el principal y más visible síntoma es el estrés y la fatiga, cuya presencia impacta de manera negativa en su salud y satisfacción personal. Siendo el estrés un agente de riesgo para desarrollar síntomas de desgaste profesional, se ha vinculado con varios factores tales como sobrecarga de trabajo, la privación de sueño, responsabilidades inapropiadas con el nivel de formación profesional, entre otros. Estudios transversales, no aleatorios y comparativos, han demostrado que el síndrome de *burnout*, siguiendo los puntos de corte del manual de Estados Unidos, es variable en cada país (26, 27, 7, 10). De esto se deriva que existe una notable variabilidad en los resultados debida a las influencias culturales. La mayoría de los estudios en los que se analiza la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo se han realizado con el Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento psicométrico que ha demostrado confiabilidad y transferibilidad cultural

(28). La aceptación y la difusión de este cuestionario han permitido realizar estudios en diferentes países y comparar los resultados obtenidos en función de niveles altos, medios y bajos para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización o realización personal en el trabajo, entre otros). Las diferencias culturales han sido sostenidas como factor de dificultad en el análisis. No obstante las diferencias, la percepción que los médicos residentes tuvieron de su calidad de vida respecto de la salud tuvo un descenso estadísticamente significativo en la mayoría de los países (29).

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV) es un concepto que inicialmente provino de las ciencias de la salud y luego se extendió a la sociología y la psicología. Esta incursión interdisciplinaria del concepto desplazó otros términos anteriormente usados —y más difíciles de medir— tales como “felicidad” o simplemente “bienestar”. Tanto en los conceptos antiguos como en el de CV, se alude a varios niveles de generalización, entre los que se incluye la sociedad, la economía del país, la economía individual, la comunidad en que se desenvuelve y aspectos del individuo tales como dimensión física, mental y relacional (4). En efecto, CV es un complejo concepto multidimensional que representa, en definitiva, la autopercepción y valoración que tiene cada ser humano de su propia existencia. Esta percepción y valoración se construyen a partir de una serie de características inherentes a la persona que, conjugadas con sus expectativas y proyecto de vida, dan una resultante que puede acercarse a la noción de calidad de vida. Asimismo, a menudo este concepto ha sido usado en el escenario de la salud, casi con exclusividad, en relación con el paciente con cáncer (30-32). Sobre esta perspectiva, se han formulado escalas e instrumentos de

medición que son aplicados para ajustar el ejercicio de la salud. En el marco del personal de salud, la calidad de vida profesional se define como 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” (9).

Aunque, en general, el significado de calidad de vida es ambiguo y sus aplicaciones son diversas en sociología, ciencias políticas, medicina y estudios sociales del desarrollo, se puede decir que existen cinco áreas en las que puede evaluarse: 1) bienestar físico (que incluye conceptos tales como salud y seguridad física); 2) bienestar material (ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.); 3) bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad); 4) desarrollo (personal, proyecto de vida, productividad, contribución económica, educación), y 5) bienestar emocional (que incluye autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión y espiritualidad) (6, 7). Según esta perspectiva, la evaluación de la calidad de vida de un residente debería considerar tales contenidos. Sin embargo, los estudios sobre la calidad de vida en residentes han sido en su mayoría cuantitativos y, lastimosamente, han centrado su interés en el *burn out*, con lo que han omitido otros

análisis relacionados con el bienestar material, social, emocional y de desarrollo personal.

La naturaleza múltiple y compleja, así como su condición polar objetiva-subjetiva de la CV, imponen algunas dificultades en el establecimiento de cánones de medición. Los primeros enfoques de medición objetiva, realizados en los años sesenta, fueron sociológicos y económicos (8). Estos enfoques tienen algunas limitaciones porque, aunque se refieren a aspectos objetivos, no reflejan el grado de satisfacción y felicidad que se derivan de los

mismos. La interacción con la dimensión subjetiva es, necesariamente, complementaria pero, a su vez, esta aspiración en el terreno de la subjetividad, también tiene los riesgos de una búsqueda de resultados objetivos. Una de las paradojas es que puede darse una situación de baja calidad objetiva y, no obstante, encontrarse niveles de aceptable o incluso alta satisfacción personal.

Como quiera que pueda entenderse, lo cierto es que, paradójicamente, los residentes buscan mejorar sus oportu-

nidades laborales y su calidad de vida a largo plazo, mediante los programas de formación de especialistas, periodo en el cual su calidad de vida se ve afectada, al menos durante cinco años. Las dificultades de ingreso a estos programas, debidas al inmenso número de aspirantes en contraposición a las pocas plazas, favorece

LOS PRIMEROS ENFOQUES DE MEDICIÓN OBJETIVA, REALIZADOS EN LOS AÑOS SESENTA, FUERON SOCIOLÓGICOS Y ECONÓMICOS. ESTOS ENFOQUES TIENEN ALGUNAS LIMITACIONES PORQUE, AUNQUE SE REFIEREN A ASPECTOS OBJETIVOS, NO REFLEJAN EL GRADO DE SATISFACCIÓN Y FELICIDAD QUE SE DERIVAN DE LOS MISMOS.

que este espíritu de sacrificio sea una constante en la mayoría de los residentes, sobre todo en América Latina (23).

Según un estudio comparativo en 14 países latinoamericanos, la evidencia demuestra que existen notables desequilibrios en la oferta y la demanda de especialistas en las diferentes regiones, lo mismo que escasez de algunas especialidades básicas y necesidades de nuevos especialistas derivadas de la transición sociodemográfica y epidemiológica (33, 23).

Otros estudios comparativos señalan que existen diferencias notables (entre países como Argentina, España, Colombia y otros países latinoamericanos) en cuanto al trato laboral y de contratación que tienen los residentes. En algunos países como España, Canadá y Estados Unidos, los reconocimientos salariales son de tal magnitud que permiten que los estudiantes tengan condiciones adecuadas de desarrollo humano mientras llevan a cabo sus estudios. Estos recursos financieros tienen diferentes orígenes: fondos del Estado, hospitales y, en algunos casos, las universidades (3). En estos países los residentes, además de tener remuneración, no pagan el derecho a sus estudios, a diferencia de Colombia y otros países en donde los residentes pagan por el derecho a sus estudios de posgrado, lo mismo que se pagan los de pregrado. En promedio, un residente recibe en dólares mensuales, con algunas variaciones según las fuentes, las siguientes cifras en algunos países enumerados a continuación: Argentina, US\$ 880; Brasil, US\$ 1200; Bolivia, US\$ 212; Chile, US\$ 2000; Costa Rica, US\$ 1800; El Salvador, US\$ 960; Uruguay, US\$ 878 (6, 34-36).

FACTORES QUE COMPROMETEN LA CALIDAD DE VIDA DEL RESIDENTE. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Examinaremos más en detalle los factores que intervienen en la calidad de vida del profesional y que de forma directa repercuten en la calidad de la atención en salud.

Las condiciones de bienestar de los residentes han sido evaluadas desde hace más tres décadas en diversos países (6, 7, 21, 24, 25). La mayoría de las investigaciones se enmarcan dentro de estudios de tipo descriptivo, transversal y longitudinal bajo metodologías cuantitativas. Los estudios dedicados a la intervención sobre la población de estudiantes son limitados; en general, los investigadores han tratado de examinar y clasificar los factores de estrés que experimentan los residentes, los cuales tienen lugar tanto en la residencia como en su vida personal (26). Entre ellos se mencionan: 1) factores derivados del estrés situacional, físico, vinculados con el ambiente de formación; 2) factores derivados de su condición laboral, tales como baja o ninguna remuneración, relaciones laborales, entre otros; 3) factores de estrés personal y familiar desencadenados por variables sociodemográficas, características de personalidad, proyecto de vida y elementos propios del ciclo vital en que se encuentran.

El estrés en los ambientes laborales

El estrés es una variable constante en la mayoría de instituciones en que se investiga su presencia. En contextos latinoamericanos (37) también ha sido demostrado, con variables no relativas a interpretaciones tales como los niveles séricos de cortisol (38), y se sabe que, además del nivel físico, impacta de manera negativa en la satisfacción personal, siendo este un factor de riesgo para desarrollar

UNA ENCUESTA A MÁS DE 3600 MÉDICOS
RESIDENTES DE ESTADOS UNIDOS, REVELÓ
QUE TRABAJAR MÁS DE 24 HORAS DE FORMA
CONTINUA SE RELACIONABA CON MAYOR
RIESGO DE SUFRIR ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

síntomas de desgaste profesional o *burnout* (39). Si bien existe un debate acerca de lo inevitable que resulta el estrés dentro de una residencia médica (40) —incluso hay quienes han señalado que dicho estrés puede ser benéfico en algunas situaciones (41)—, la realidad es que, además de traer consecuencias deletéreas para la salud del médico en formación, implica costos e impactos sobre la calidad de atención en salud (42). Otros factores de estrés en la residencia incluyen diferencias de género que provocan dificultades para establecer relaciones interpersonales, elementos que se ven más deteriorados en las mujeres (26), aunque no dejan de presentarse en los varones (43, 44).

Efectos de la disminución de horas de sueño

Los efectos de los turnos y la privación de sueño sobre la salud y calidad de vida de los médicos en formación de posgrado han sido ampliamente estudiados desde hace varios años (21, 33-35). Es bien sabido que los profesionales de la salud realizan largos periodos de trabajo en el escenario de la atención clínica. Quirófanos, salas de urgencia, salas de partos, unidades de cuidado intensivo —dependiendo de la actividad institucional— son los lugares en los que más se trabaja durante toda la noche. Los efectos que el trabajo nocturno genera al día siguiente demuestran que existen riesgos para

la vida personal y también para la vida de pacientes y otras personas. Una encuesta a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos, reveló que trabajar más de 24 horas de forma continua se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito (45, 46). En países como México, se ha evidenciado que a estos factores de estrés se suma que la práctica clínica de los médicos residentes muchas veces no es supervisada ni retroalimentada. La razón es que estos controles de calidad formativa exceden el número de residentes en relación al número de profesores titulares y adjuntos (47-49). Como solución a esta condición de fatiga, muchos reconocen haber usado fármacos y consumo de diversas sustancias estimulantes —socialmente no aceptadas— para evitar el sueño. Otro número significativo de ellos reconoce haber cometido errores importantes durante su labor asistencial como consecuencia de su fatiga (47, 48). Estudios evidencian que jornadas laborales prolongadas se asocian significativamente con la presencia de síndrome de desgaste profesional, especialmente en los que trabajan 80 horas o más por semana, o los que tienen tres o más guardias (28, 45, 50, 51).

Adicionalmente a estos factores, se observa que el estado anímico se encuentra deteriorado, lo que provoca algún tipo de desadaptación en sus relaciones profesionales y familiares (52).

Se estima que la mayoría de los residentes considera que la actividad asistencial nocturna influye negativamente en diversos aspectos de su calidad de vida, su labor asistencial y su salud, lo que lleva, como se ha dicho, a que se cometan errores graves en la atención de pacientes, aparición de enfermedades y dificultad en sus relaciones. La sola privación de sueño sería una causa suficiente para una predisposición a cometer más

errores (53-55); no obstante, en la población de residentes también se encuentran datos sobre abuso de alcohol, consumo de sustancias alucinógenas e, incluso, suicidios (43, 56). Desde hace algunos años, se sabe que la tasa de suicidio entre los médicos se encuentra entre 28 y 40 por 100.000, cifra que se considera más alta en comparación con la de la población general, que es de 12,3 por 100.000, lo que se califica como la mayor tasa entre todos los profesionales (57, 58).

Entre los factores más estudiados y de mayor incidencia en la calidad de vida se encuentra el sueño (59, 60). Se ha demostrado que antes de una guardia los médicos residentes duermen un promedio de 6 horas y, posteriormente a una guardia, 14 horas en los siguientes dos días. Estos valores contrastan con las recomendaciones en adultos que son de 8 a 10 horas antes de una privación aguda de sueño y de 16 horas con posterioridad (21, 60). Como efectos negativos sobresalientes luego de la guardia se encuentran la velocidad de reacción, la atención y la memoria. En uno de los estudios se pudo observar que la privación de sueño genera un deterioro significativo en la velocidad de reacción visual, con una caída de 13 a 30 % en los valores antes de un turno y después de este (61). Estudios de laboratorio han puesto en evidencia que después de un turno, los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares, o incluso superiores, a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño, y que padecen privación crónica parcial del sueño (62).

Responsabilidad profesional inadecuada al nivel de formación

Como hecho adicional a estas circunstancias, existen evidencias de que muchos de los procedimientos y las

ESTUDIOS DE LABORATORIO HAN PUESTO EN EVIDENCIA QUE DESPUÉS DE UN TURNO, LOS NIVELES DE SOMNOLENCIA DIURNA EN LOS MÉDICOS RESIDENTES SON SIMILARES, O INCLUSO SUPERIORES, A LOS DE PACIENTES CON NARCOLEPSIA O APNEA DEL SUEÑO, Y QUE PADECEN PRIVACIÓN CRÓNICA PARCIAL DEL SUEÑO.

decisiones las toman los residentes, porque el médico instructor responsable de su servicio no acude en las horas de la noche, lo cual conlleva factores adicionales de estrés. Numerosos estudios han demostrado que la educación médica, en todos los grados, es exigente y estresante, y en residencias médicas más, por estar en contacto con problemas de resolución urgente, además de que los hospitales oficiales casi nunca cuentan con todos los recursos para brindar atención adecuada; de esta manera, el estrés se ve incrementado por la obligación de asumir responsabilidades profesionales sin adecuada supervisión (42).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Es evidente que existe una conciencia en diversos países en torno a la necesidad de mejorar las condiciones de vida de los residentes. No obstante, a pesar de que se observan muchos factores que afectan de forma directa su calidad de vida, las soluciones se han enfocado solo en ciertos aspectos. En efecto, en los últimos diez años, en Estados Unidos y Canadá se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo en las que

se acumulen 100 a 120 horas semanales. Los programas nacionales de salud están tratando de mejorar los recursos de todos los médicos en Canadá, y los cambios se están llevando a cabo en los programas de residencia individuales (2, 63, 64). En el contexto latinoamericano, existen trabajos que justifican esta necesidad. El modelo educativo vigente en las carreras de la educación médica superior cubana, por ejemplo, se caracteriza por tener entre sus objetivos fundamentales, asegurar la calidad de la formación integral de la personalidad del profesional a través de los procesos sustantivos universitarios (docente, investigativo y extensionista) (65).

Debido a las preocupaciones relativas a la privación del sueño, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado limita las horas de trabajo y apoya la educación en relación con la pérdida de sueño para los residentes (18).

Estas iniciativas no han dejado de ser cuestionadas y problemáticas. Se ha visto que las siestas durante turnos de trabajo prolongados son eficaces para reducir la fatiga en otras industrias, pero el uso de una siesta como una contramedida para evitar la fatiga en los residentes es incierto (47).

CONCLUSIONES

Es un hecho constatable que muchos de los programas de residencia ofrecidos en nuestro medio adolecen de un examen relativo a la calidad de vida de los sujetos en formación. Los eventos adversos directamente relacionados con este descuido son una carga adicional a los costos de la atención en salud y, sobre todo, un factor que perpetúa y amplifica el problema.

Muchos de los estudios sobre la calidad de vida en residentes han reducido su significado al concepto de *burnout*. Un análisis más global de la vida en el trabajo del residente, requiere tomar como foco de estudio a la persona en todas sus dimensiones y niveles, y como sistema abierto a otros análisis. Procurar calidad de vida en los médicos en formación incluye, además del bienestar físico que, según los estudios presentados se encuentra deteriorado, un esfuerzo por su bienestar material, social y de desarrollo personal y emocional. Todos estos factores en conjunto hacen parte del concepto de salud y calidad de vida que se predica con frecuencia para los pacientes y no para el médico en formación.

Si se quiere una atención en salud de calidad, y profesionales que estén dispuestos a dar lo mejor de sí mismos en beneficio de las necesidades de salud de la sociedad, la consideración sobre su propia calidad de vida debe jugar un papel esencial. Este camino es una renovación en el modelo educativo, en armonía con la ética y con lo que la sociedad espera del profesional.

REFERENCIAS

1. Martínez OF. Calidad de vida profesional de los médicos residentes. Arch Med. 2007;3(1).
2. Millán TSL. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2009;80(1):30-8.
3. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cuba Salud Pública. 2005;31:1-9.
4. Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia S, Moreno Suárez S, García del Río García B. Burnout

- en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2007;19(3):116-21.
5. Simo Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivation and professional career in family medicine. *Motivation and family doctors. Aten Primaria*. 2001;28(7):484-90.
 6. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Eval Calid Vida*. 2002;44(4):448-63.
 7. Prieto-Miranda S, Rodríguez-Gallardo G, Jiménez-Bernardino C, Guerrero-Quintero L. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51(5):574-9.
 8. Prieto-Miranda W, Jiménez Bernardino C. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Rev Educ Med*. 2009;12(3):169-77.
 9. Muñoz-Seco E, Coll-Benejam, JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006;37(4):209-14.
 10. Calderón J, Borracci R, Angel A, Sokn F, Manrique J, Cariello A, et al. Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. *Rev Argent Cardiol*. 2008;76(5):359-67.
 11. Bautista A. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Rev Salud Pública*. 2012;14(2002):3.
 12. Schalock RL, Alonso MAV. *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza editorial; 2003.
 13. Bauer R. *Social indicators*. Cambridge: Mit Press; 1966.
 14. Campbell A. Subjective measures of Well-being. *Am Psychol*. 1976;31:117-24.
 15. Campbell AC, P.E. *The quality of American life: Perception, evaluation and satisfaction*. New York: Sage; 1976.
 16. Argyle M. *The Psychology of Happiness*. London: Methuen; 1987.
 17. Borra Marcos C, Gómez García F. Satisfacción laboral y salario: ¿compensa la renta laboral las condiciones no monetarias del trabajo? *Rev Econ Apl*. 2012;XX(60):25-51.
 18. Cohler BJ, Boxer AH. *Personal Adjustment, Well-being and Life events. Emotionin Adult Development*. London: Sage; 1984.
 19. OMS. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
 20. Espinoza Iris OP, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Méd Chile Rev En Internet [Internet]*. 2011;139(5). [Visitado 2015 May 2]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
 21. Arora V, et al. The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue. *Ann Intern Med*. 2006;144(1):792-8.
 22. Skevington SM, Lotfy M. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;12(2):299-310.
 23. Reyes Duque LC. Ministerio de Salud. *Residencias Médicas en Colombia. Marco conceptual para una propuesta de regulación [Internet]*. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá Colombia; 2013 [visitado 2015 May 2]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20\(2\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20(2).pdf)
 24. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés MC. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras: análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatría*. 109(2):129-34.
 25. Oberlin S. Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. *Rev Méd Rosario*. 2007;73:12-20.
 26. Maslach CSW, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52:397-422.

27. Acuña J, Schiattino Horwitz N, Bascuñán M, Jiménez J. Características del empleo y bienestar subjetivo en médicos de la Región Metropolitana. *Rev Médica Chile*. 2013;14(2):187-93.
28. López Franco M. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatría*. 62(3):248-51.
29. Gil-Monte P, Marucco M. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (Burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):450-6.
30. Martín M. La evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. *Psicol Salud*. 2013;19(1):5-20.
31. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Rev Científica Salud Uninorte*. 2012;21:76-86.
32. Contreras F, Espinosa J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicol Salud*. 18(2):165-79.
33. Borrel R. OPS/ OMS. Residencias médicas, tendencias y necesidades [Internet]. 2008 [visitado 2015 May 2]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-280558_archivo_pdf_rosaborrell.pdf
34. Silberman P, Godoy A, Calbano A, Perrotta A, Zamora A, de León R. Censo 2013 de Residencias de Medicina Familiar y General de la República Argentina. *Arch Med Fam Genera*. 2013;10(2):15-22.
35. Ortiz D, Vidovich L, Noveri J, de Canata M. Percepción de médicos residentes sobre la calidad de sus programas de formación. *Rev Salud Pública Parag*. 2014;4(2):16-25.
36. Ramírez de la Roche O, Hamui Sutton A, Reynaga J, Varela M, Ponce de León M, Díaz A, et al. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. 2012;34(138):92-107.
37. Serrano M. Niveles de Salud psicosocial en función del nivel de experiencia en residencia. *Acción Psicológica*. 2014;11(2):107-16.
38. Coeck C, Jorens PG, Vandevivere J, Mahler C. ACTH and cortisol levels during residency training. *N Engl J Med*. 1991;325(10):738.
39. Buddeber FSM. Work Stress and reduced health in young physicians: Prospectiva evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Env Health*. 2008;82:31-8.
40. Beckman JA F JC. Resident burnout. *Ann Intern Med*. 2002;137:698-700.
41. Levey R. Sources of stress for residents and recomendtions for programs to assist them. *Acadm Med*. 76(2):142-50.
42. Landwerlin G, García-Sáiz C, Ayuso-Sánchez L, Luque de la Torre MA. El desafío de la conciliación de la vida privada y laboral en las grandes empresas. Madrid: UAM; 2007.
43. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 5(21):21.
44. Tyssen R, Vaglum P, Grenvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions of mental health problems among junior house officers. *Med Educ*. 2000;34:374-84.
45. Mingote-Adán JC, Moreno-Jiménez B, Gálvez-Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin Barc*. 2004;123(7):265-70.
46. Dembe A, Erickson J. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occup Env Med*. 62(588-597).
47. Jungerman F, et al. Anesthetic drug abuse by anesthesiologists. *Rev Bras Anesthesiol*. 62(3):380-6.
48. Patiño D, Torres A, Patiño I, Castillo C. Médicos residentes en México: tradición o humillación [Internet]. doi: 10.5867/medwave.2013.07.5764; 2013. Disponible en: doi: 10.5867
49. Graue E, Sánchez M, Durante I, Rivero O. Educación en las residencias médicas. México,D.F.: Editores de Textos Mexicanos; 2010.

50. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2002;17(1):22-9.
51. Howard SK, Gaba DM. The risks and implications of excessive dayti-me sleepiness in resident physicians. *Acad Med.* 2002;77:1019-25.
52. Hockey R. *The psychology of fatigue: Work, effort and control.* New York: Cambridge University Press; 2013.
53. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Médica.* 2005;36(2):130-3.
54. Mercuriali A, Ramírez A, Usarralde E. La detección del error y su control, un desafío para el anestesiólogo. *Rev Argent Anesthesiol.* 57:99-106.
55. Lugo E. Error y certeza en el juicio clínico. Implicancia ética de los errores en medicina. *Bol Cons Académico Ética Med.* 1(1):SP.
56. Mingote J, Crespo D, Hernández M, Navío M, Rodrigo C. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab.* 2013;59(231):176-204.
57. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ.* 2002;36:66-72.
58. The NSDUH Report. October 2007. Depression among adults employed full-time, by occupational category. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/2k7/depression/occupation.htm>.
59. Calabrese G. Impacto de los calendarios laborales del anestesiólogo en la salud, el rendimiento y la seguridad. *Rev Argent Anesthesiol.* 2004;62(5):356-63.
60. Arora VM, Georgitis E, Woodruff JN, Humphrey H. Improving sleep hygiene of medical interns: can the sleep, alertness, and fatigue education in residency program help? *Arch Intern Med.* 2007;167:1738-44.
61. Domínguez P, Grosso M, Pagootto B, Talliersio V, Allegri R. Effects of sleep deprivation on medical erfomance of paediatric residentes. *Arch Argent Pediatr.* 2009;107(3):241-5.
62. Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables socio-demográficas y laborales. *Rev Fac Med Univ Mil Nueva Granada.* 2008;16(1):25-32.
63. MacDonald NE, Davidson S. The wellness program for medical faculty at the University of Ottawa: a work in progress. *CMAJ.* 2000;163(3):735-8.
64. Tennant CC. A student mental health and welfare program in medical faculty. *MJA.* 2002;177:S9-11.
65. Blanch J. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles Psicólogos.* 47;35(1):40.