



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**Percepción sobre bienestar psicológico y su relación con la empatía
que establecen los residentes de especialidades médicas
con sus pacientes**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

Presenta

Mtra. Carolina Delgado Domínguez

Comité tutorial:

Adriana Rodríguez Barraza (**Directora**)

Roberto Lagunes Córdoba (**Asesor**)

F. Domingo Vázquez Martínez (**Asesor**)

Xalapa-Enríquez, Veracruz

Mayo 2020

Índice

Dedicatorias

Agradecimientos

Lista de tablas y figuras

Abreviaturas

Resumen

Introducción..... 1

Capítulo 1. Marco teórico y contextual..... 4

1.1 Bienestar psicológico

1.2 La empatía

1.2.1 La empatía en los médicos

1.2.2 Posibilidad del cambio de la empatía

1.3 Residencias Médicas

1.3.1. Especialidades Médicas de la Universidad Veracruzana

1.4 Perspectiva teórica del estudio

Capítulo 2. Antecedentes..... 13

2.1 Estado del arte

2.1.1 Relación entre el bienestar psicológico y la empatía en la formación de los médicos

2.1.2 Bienestar psicológico

2.1.3 Empatía medica

2.1.4 Psicología positiva

2.2. Problema de investigación

2.3. Preguntas de investigación

2.4 Objetivos de investigación

Objetivo general

Objetivos específicos

Capítulo 3. Diseño metodológico.....19

3.1 Diseño de investigación

3.2 Población

3.3 Contexto

3.4 Etapas del estudio

3.5. Selección de los participantes o muestra

3.5.1 Muestreo

3.6 Recolección de datos

3.5.1 Instrumentos

3.7 Procesamiento de datos

3.8 Implicaciones éticas

Capítulo 4. Resultados..... 29

4.1 Resultados cuantitativos

4.1.1 Muestra de primera y segunda aplicación

4.1.1.1 Descripción de la muestra

4.1.1.2 Resultados de bienestar psicológico

4.1.1.3 Resultados para empatía

4.1.1.4 Bienestar psicológico y empatía en variables demográficas

4.1.1.5 Correlaciones entre bienestar psicológico y empatía (global y por dimensión)

4.1.1.6 Correlaciones entre variables demográficas

4.1.1.7 Regresión lineal

4.1.2 Muestra que fue la misma en la primera y segunda aplicación (longitudinal)

4.1.2.1 Descripción de la muestra

4.1.2.2 Resultados para bienestar psicológico

4.1.2.3 Resultados para empatía

4.1.2.4 Comparación por año y especialidad

4.2 Resultados cualitativos

4.3 Comparación de resultados cuantitativos con cualitativos

4.4 Discusión de resultados

4.5 Conclusiones

Referencias

Anexos

Dedicatorias

A Dios, por estar a mi lado en cada uno de mis proyectos.

A mis padres, Hermilo y Ade por su gran apoyo en escucharme, comprenderme y apoyarme en todo momento desde el inicio hasta el último día de mi formación.

A mis dos hijas, Andrea, por su enorme paciencia cada vez que me ausentaba física o mentalmente de casa para realizar mis estudios; y Camila, por haberme acompañado desde dentro de mí, muy bien portada durante gran parte de mi curso por el doctorado.

A mi esposo, por cumplir con la parte de responsabilidad que le corresponde en la atención a la familia y aligerarme la carga, y por su enorme paciencia.

A mi hermano, Víctor Hugo, que aunque ya no se encuentra físicamente con nosotros, sé que desde donde está celebra conmigo este gran logro.

Agradecimientos

A la Dra. Adriana Rodríguez Barraza por su apoyo para poner orden a mis ideas cada vez que me veía perdida entre tanta información, y por su comprensión en todo momento.

Al Dr. Roberto Lagunes Córdoba, porque desde el inicio me brindó su apoyo en cada una de las etapas de ingreso y egreso del doctorado.

Al Dr. Domingo F Vázquez Martínez, porque desde la maestría, y ahora doctorado, se ha involucrado en el desarrollo de mi formación profesional.

Al Dr. Jorge Sánchez Mejorada por permitirme llevar a cabo mi investigación dentro de las Especialidades Médicas.

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Descripción de la muestra

Tabla 2. Medias de bienestar psicológico global y por dimensión (primera y segunda aplicación)

Tabla 3. Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por año (primera y segunda aplicación)

Tabla 3.1 Post Hoc: comparación de bienestar psicológico por año en la primera medición

Tabla 4. Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por especialidad (primera y segunda aplicación)

Tabla 5. Medias de empatía global y por dimensión (primera y segunda aplicación)

Tabla 6. Comparación de medias de empatía global por año (primera y segunda aplicación)

Tabla 6.1 Post Hoc: comparación de empatía por año en la primera medición

Tabla 7. Comparación de medias del puntaje global de empatía por especialidad (primera aplicación)

Tabla 8. Bienestar psicológico y empatía por hospital sede (primera y segunda aplicación)

Tabla 9. Matriz de correlación de Pearson entre bienestar psicológico y empatía (primera y segunda aplicación)

Tabla 10. Descripción de la muestra longitudinal

Tabla 11. Comparación de medias de bienestar psicológico entre la primera y segunda aplicación

Tabla 12. Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por año y especialidad

Tabla 13. Comparación de medias de empatía entre la primera y segunda aplicación

Tabla 14. Comparación de medias de empatía global por año y especialidad de la primera y segunda aplicación

Tabla 15. Comparación de resultados cuantitativos con cualitativos siguió en las dos aplicaciones

Figuras

Figura 1. Regresión lineal (primera aplicación)

Figura 2. Regresión lineal (segunda aplicación)

Abreviaturas

BP: bienestar psicológico.

PP: psicología positiva.

R1, R2, R3, R4: año de estudios del residente médico.

UV: Universidad Veracruzana.

CAE: hospital de alta especialidad.

UMRR: unidad médica receptora de residentes

Resumen

Introducción: la relación entre el bienestar psicológico y la empatía en los médicos residentes ha sido poco estudiada en México, lo que ha dejado un vacío de conocimientos en torno al tema, llevando a considerar a ambas variables como independientes una de la otra.

Objetivo: identificar la percepción y la posible relación entre los puntajes de bienestar psicológico y empatía hacia los pacientes de los médicos residentes pertenecientes a las especialidades médicas reconocidas por la Universidad Veracruzana.

Método: es un estudio con diseño mixto, transversal, longitudinal. Se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB) y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) a residentes de primero a cuarto año de las diferentes especialidades de la región Xalapa, al inicio del año académico y seis meses después. Posterior a cada aplicación de ambas escalas, a nivel cualitativo se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas, de las cuales cinco se llevaron a cabo en dos momentos (al inicio del curso académico y seis meses después).

Para el análisis cuantitativo la población se dividió en tres: 139 participaron en la primera aplicación, 157 participaron en una segunda aplicación y 60 que participaron en las dos aplicaciones.

Para la comparación de resultados cuantitativos con cualitativos, se logró disponer de dos residentes que respondieron las escalas y participaron en las entrevistas de las dos aplicaciones.

Resultados: No se encontraron diferencias en las puntuaciones de ambas variables al comparar el antes y después en la población que se siguió en las dos aplicaciones. Al comparar los resultados cuantitativos con cualitativos, se observó una coincidencia en la mayoría de las dimensiones de ambas variables.

Conclusiones: El bienestar psicológico y la empatía están estrechamente relacionados, por lo que promover acciones que favorezcan el bienestar psicológico en los residentes durante su curso por la especialidad, influirá en la empatía con los pacientes. Es urgente hacer más investigaciones que, como ésta, vinculen a ambas variables en dicha población que sirvan para comparar, ya que no se encontraron estudios similares en la misma población.

Introducción

El bienestar psicológico del médico y su relación con la calidad de atención que brinda a sus pacientes, observada a través de la empatía, ha sido muy poco explorado tanto a nivel nacional como en Xalapa, ya que la mayoría de las investigaciones centran su atención en el estudio de las patologías que los profesionales de salud desarrollan durante su proceso formativo, asociadas al ambiente adverso en el que generalmente están inmersos durante el transcurso de sus estudios profesionales (Derive et al., 2018; Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu, & Shimbo, 2009).

Existe evidencia que demuestra que los médicos están expuestos desde el inicio de su proceso formativo a un ambiente adverso donde se enfrentan a grandes jornadas de trabajo y donde además, en muchos casos, sufren algún tipo de maltrato o acoso (Acosta-Fernández, Aguilera-Velasco, Pozos-Radillo, Torres-López, & Parra Osorio, 2017). Dicha situación favorece el desarrollo de estados emocionales negativos que afectan tanto su salud física y mental, como la toma de decisiones clínicas (Shanafelt et al., 2009), lo que se refleja en el deterioro de su bienestar psicológico (Palmer-Morales, Prince-Vélez, Medina-Ramírez & López-Palmer, 2017) y en su capacidad para empatizar con los pacientes (Dyrbye et al., 2010).

El presente estudio se ubica dentro del paradigma de la psicología positiva, derivada del humanismo, la cual surge como una alternativa a la psicología negativa o tradicional, centrada en la psicopatología o déficit de las personas. La psicología positiva, por su parte, se enfoca en los recursos intra e interpersonales para favorecer el desarrollo óptimo de los seres humanos, grupos, organizaciones y sociedades. Su historia está íntimamente ligada con la del pensamiento filosófico-antropológico oriental (Ríos, 2008). Esta área de la psicología se conoce como tal gracias al Dr. Martín Seligman, quien acuñó el término a finales de los años 70 (Seligman, 2016).

De este modo, se puede decir que el estudio del bienestar psicológico y de la empatía (considerada como una fortaleza humana), son competencia de la psicología positiva, disciplina que ha constatado que las personas con bienestar psicológico tienen una mejor salud física y establecen relaciones interpersonales de alta calidad (Post, 2011; Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008).

El estudio del bienestar psicológico comprende dos vertientes: la hedónica, relacionada con la felicidad y la satisfacción con la vida y la eudamonia, ligada al desarrollo del potencial humano y del bienestar psicológico (Rangel & Alonso, 2010).

Aunque existen varios modelos que desde este paradigma tratan de explicar al bienestar: el modelo de Jahoda, la teoría de la autodeterminación, el modelo de bienestar de Keyes y el modelo de las tres vías de Seligman, (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009) el presente estudio retoma el enfoque del modelo propuesto por la Dra. Carol Ryff en 1989, ya que ha sido el más utilizado, lo que lo ha llevado a ser ampliamente validado en el estudio del bienestar (Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, & Moreno-Jiménez, 2008).

Por su parte, en este estudio la empatía será entendida como el proceso de “ponerse en el lugar del otro”, y dar respuestas afectivas y no afectivas (Hojat, 2016). Dentro del campo de la salud se le considera como un atributo predominantemente cognitivo, que involucra la capacidad de comprender (en vez de sentir), las experiencias, los sentimientos y las preocupaciones internas de los pacientes, aunado a la habilidad de comunicar dicha comprensión de ayuda (Hojat, Spandorfer, Louis, & Gonnella, 2011).

Existen varios factores que favorecen y obstaculizan la empatía del médico hacia sus pacientes; por una parte los relacionados con el profesional, como sus cualidades personales y las demandas del ambiente; pero por otra están los factores que no están bajo su control, como el equipo de trabajo, la disponibilidad de espacios adecuados y material para laborar y la actitud del propio paciente (Hojat, 2012).

Se ha observado que los altos niveles de empatía influyen positivamente en la relación médico-paciente: incrementan la confianza, facilitan la adherencia al tratamiento (Esquerda, Yuguero, Vinas, & Pifarré, 2016) y protegen a los profesionales de la salud contra el desarrollo del *burnout* que, a su vez, disminuye la empatía (Walocha, Tomaszewski, Wilczek-Rużyczka & Walocha, 2013). Es por ello que la empatía ha sido contemplada como una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina (Huarcaya-Victoria & Rivera-Encinas, 2018). No obstante, hay investigaciones que coinciden en que durante el proceso formativo de los médicos su capacidad de empatía atraviesa por cambios, tendiendo a la disminución conforme pasa el tiempo dentro de su contexto, lo cual lleva a concluir que la educación médica puede afectar de manera

significativa la empatía en los estudiantes (Huarcaya-Victoria et al., 2018; Newton, Barber, Clardy, Cleveland, & O'Sullivan, 2008).

La prevalencia e incidencia de patologías en médicos estudiantes es evidente (Derive, Casas, Vera, Gregorio, Villa, & Contreras, 2018; Dyrbye et al., 2010.), así como las quejas derivadas de una mala relación médico paciente y lo que esto implica en la salud de ambos. Contribuir a generar evidencia que demuestre que promoviendo el bienestar psicológico del médico en formación y estimulando la empatía hacia sus pacientes, se podrían lograr los resultados de atención esperados, ayudaría a dimensionar la importancia de incorporar al currículo formal de educación médica actividades encaminadas a dicho objetivo. La presente investigación representa una primera aproximación en el estudio de ambas variables en población de médicos residentes de una universidad pública en México.

Capítulo 1. Marco teórico y contextual

En el presente capítulo se desarrollarán los conceptos de bienestar psicológico y empatía; así como a qué se refiere la empatía médica y la posibilidad de estimularla dentro de los espacios formativos. Además se describirá en qué consisten las residencias médicas, incluyendo los derechos y obligaciones de los residentes y puntualizando las características específicas de las residencias médicas dentro de la UV. Finalmente, el capítulo concluirá con la descripción de la psicología positiva, perspectiva teórica bajo la cual se llevó a cabo la presente investigación.

1.1 Bienestar psicológico

Estudiar el bienestar humano es un tema complejo sobre el cual no se ha logrado consenso, siendo evidente la falta de acuerdos en su definición y medición. Para su conceptualización intervienen factores objetivos, subjetivos, temporales y culturales. Hay quienes entienden el bienestar subjetivo como sinónimo de bienestar psicológico, salud mental y felicidad (García-Viniegras & González, 2000), pero para el presente estudio se considerará el término bienestar exclusivamente en tanto bienestar psicológico.

El concepto de bienestar psicológico, derivado de la perspectiva de la psicología humanista, surge de la psicología positiva que centra su interés en el estudio del desarrollo personal, las experiencias positivas, el bienestar subjetivo, la felicidad y el funcionamiento “óptimo” de las personas como parte de una comunidad o sociedad (Snyder & López, 2005,). Para su estudio, desde los antiguos griegos, se han propuesto dos vertientes, una relacionada principalmente con la felicidad, a la que se denomina bienestar hedónico y otra ligada al desarrollo del potencial humano, llamado bienestar eudaimónico (Van Dierendonck et al., 2006).

La perspectiva hedónica considera el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por cada persona (Campbell, Converse & Rogers, 1976). Es la más antigua en la evolución del estudio sobre bienestar, se enfoca en determinar la medida en que las personas experimentan su vida de forma positiva, cuánto les gusta o qué tan satisfechas están con la vida que llevan. Indaga las causas de la satisfacción o insatisfacción de los individuos partiendo de sus juicios cognitivos y sus reacciones afectivas (sentimientos, emociones, estados de ánimo) (Zubieta, Muratori, &

Fernandez, 2012). Desde esta perspectiva el bienestar se define como la presencia de afectos positivos y la ausencia de afectos negativos (Vázquez et al., 2009).

Por otro lado, la perspectiva eudaimónica, surgida más recientemente, se centra en el desarrollo personal de los individuos y en el estilo o manera en que enfrentan los retos de la vida esforzándose por conseguir las metas deseadas (Ryff & Keyes, 1995). En este sentido define el bienestar como “vivir en forma plena” y realizar de los planes humanos “más valiosos”. Es en esta perspectiva en la que se inscribe el concepto de bienestar psicológico (Vázquez et al., 2009).

Ambas perspectivas, sin embargo, están relacionadas entre sí, ya que es más probable que la persona que tenga experiencias emocionales placenteras perciba la vida como deseable y positiva. Es decir, los individuos con mayor bienestar psicológico hacen una valoración más positiva de sus circunstancias (Zubieta et al., 2012). En este sentido, la satisfacción con la vida es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan al hacer una evaluación de la misma. El componente afectivo se deriva de las reacciones puntuales a eventos concretos que suceden en el curso de la vida del sujeto, por lo tanto, su satisfacción como resultado de un juicio cognitivo, resulta un constructo más estable a lo largo del tiempo (Solano, 2009).

Para el estudio sobre bienestar existen dos líneas de trabajo:

- La primera, expuesta por Diener y Cols (1999), relacionada con la evaluación de las emociones positivas y la percepción de la satisfacción general con la vida. Trabaja en torno al efecto (positivo o negativo) momentáneo predominante y el juicio cognitivo del individuo con relación a su satisfacción con la vida (bienestar emocional).
- La segunda línea de investigación, planteada por Keyes y Ryff a finales de los noventa, considera que el bienestar es multidimensional y que es necesario tomar en cuenta los aspectos sociales y del entorno para su evaluación, partiendo de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y el ciclo vital (bienestar psicológico). En esta línea donde Ryff (1989) define seis dimensiones que conforman dicho bienestar psicológico (Rangel & Alonso, 2010):
 1. Autoaceptación: se refiere al grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma, siendo consciente de sus fortalezas y limitaciones.
 2. Autonomía: indica la capacidad para mantener la individualidad en la toma de decisiones.

3. Relaciones positivas: alude a la medida en que se dispone de redes sociales íntimas y de confianza con otras personas.
4. Dominio del entorno: se refiere a la percepción del control e influencia de un individuo sobre su ambiente.
5. Propósito en la vida: se relaciona con las metas que el individuo se plantea en su trayectoria vital, mismas que le permiten dotarla de significado.
6. Crecimiento personal: considera el empeño por continuar desarrollando todas las potencialidades y capacidades personales.

Al respecto, hay estudios que muestran una relación entre felicidad y vida placentera, comprometida y con significados positivos (Veliz-Burgos, & Urquijo, 2012). También se ha demostrado que centrar la educación en el bienestar, conduce a que ésta se transforme en un vehículo para lograr la satisfacción con la vida, lo que ayuda a mejorar el aprendizaje y el pensamiento creativo en los alumnos (Esteban, Cabaco, & Litago, 2013).

Por otra parte, existe gran cantidad de investigaciones que han demostrado que el bienestar se puede modificar a través de actividades intencionales, entre ellos los realizados por Pennebaker y Seagal (1999). Estos investigadores demostraron que la escritura sobre sucesos traumáticos permite elaborar dichos eventos desde una perspectiva diferente. Por otro lado, Burton y King en el 2004, demostraron cómo se podía elevar el bienestar a través de la escritura de hechos positivos. Ello repercutió directamente en un incremento de emociones positivas y una disminución en el riesgo de enfermar en los meses que siguieron a la investigación.

Seligman (2005), diseñó intervenciones positivas con el propósito de mejorar la capacidad hedónica de las personas, demostrando que quienes llevaban a cabo ejercicios de bienestar mejoraban su nivel hedónico inmediatamente después de la intervención, logrando mantenerlo elevado hasta tres y seis meses después de la intervención.

Como éstas, hay muchas investigaciones realizadas al respecto en los últimos cuarenta años, que han demostrado que el bienestar no es un mero resultado de variables psicológicas, sino que es un importante predictor de la salud física, de la longevidad, de las relaciones interpersonales y del funcionamiento psicológico óptimo de las personas. Es por ello que el bienestar general puede emplearse como indicador para evaluar la puesta en marcha de las políticas públicas, en tanto

marcador psicológico de las acciones concretas que realizan los organismos de gestión y administración (Solano, 2009).

En relación al impacto de las emociones positivas en la salud, Pressman y Cohen (2005), proponen dos modelos. El primero considera que el afecto positivo favorece prácticas saludables como calidad del sueño, práctica de ejercicio físico, dieta equilibrada, lo que a su vez se relaciona con menor morbilidad (Vázquez et al.,2009). Diversos estudios realizados sobre el sistema nervioso han encontrado un efecto directo de las emociones positivas en el organismo. El segundo modelo resalta la influencia que el estrés tiene sobre el sistema fisiológico, entendiendo que el afecto positivo tiene influencia a varios niveles de respuesta sobre dicho estrés: por un lado, las personas que gozan de mayor efecto positivo tienen menos conflictos sociales, por lo que el número de estresores por manejar es menor. También, cuando tienen que afrontar situaciones potencialmente estresantes, tienen mejores redes sociales en las que apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas. Por lo tanto, el afecto positivo facilita la normalización de respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Vázquez et al,2009).

Finalmente, cabe recordar que para el presente estudio se trabajó con el modelo multidimensional, ya mencionado, propuesto por Ryff, el cual ha sido el más utilizado ya que se han encontrado adecuados indicadores de confiabilidad y validez (Vielma & Alonso, 2010).

1.2. La empatía

La empatía es un término de origen alemán que empezó a utilizarse a finales de 1800 dentro de la historia del arte para hacer referencia de los sentimientos del observador hacia las obras, siendo hasta principios de 1900 cuando el psicólogo Titchener lo tradujo del término alemán *Einfühlung* al inglés *empathy*, derivado de la palabra griega *empathia*, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona. Fue Southard en 1918, el primero en describir dicho término como parte de la relación médico-paciente (Hojat, 2012).

A lo largo de la historia se ha observado poco consenso para definir el término empatía, haciendo una distinción entre dos enfoques contrapuestos. Por un lado, el enfoque *cognitivo*, entendido como la adopción de la perspectiva del otro (Fernández-Pinto, López-Pérez, & Márquez, 2008), comprende el involucramiento de funciones cognitivas como juzgar y comprobar la realidad (evaluar), otorgando importancia a la comprensión y al enfoque social. Por otro lado el *afectivo*,

apela a la respuesta afectiva experimentada de manera espontánea, que no necesariamente involucra procesos mentales superiores que se activarían mediante el razonamiento (Hojat,2012). Dicho enfoque hace referencia a lo que denomina “afecto compartido” o “sentimiento vicario” (Fernández-Pinto et al., 2008). Es recién a partir de 1980 que se empieza a considerar una visión integradora (cognitivo-afectiva) en la definición de la empatía, un ejemplo de ello es la propuesta de Davis (1996) para quien la empatía es “un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (Fernández-Pinto et al., 2008 pp 285). Es dicha definición la que retoma el presente estudio.

Coleman (2001) menciona que en general la empatía se ha descrito como un atributo cognitivo o emocional (afectivo), o como una combinación de ambas. Considerando así a la cognición como el conjunto de actividades mentales involucradas en la adquisición y procesamiento de información para un mejor entendimiento, mientras que la emoción referiría al acto de compartir el afecto manifiesto en sentimientos que se experimentan subjetivamente (Hojat, 2012).

1.2.1. La empatía en los médicos

Tomando en cuenta la definición que desde 1948 brinda la OMS de Salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad o padecimiento”, se pone de manifiesto que la enfermedad humana puede ser vista desde dos perspectivas, la biomédica y la biopsicosocial. El tratamiento de un órgano específico afectado, objetivo del paradigma biomédico, sería así reemplazado por la curación del paciente, considerado como un ser que forma parte de un sistema y que está por tanto en permanente relación con elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí. Bajo esta perspectiva se remarca la importancia de las relaciones interpersonales subyacentes a la recuperación de la salud, donde la empatía juega un papel central (Hojat, 2012).

Ahora bien, derivado de lo anterior, la empatía en el contexto de la medicina se define como la habilidad que posibilita entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente (Alcorta-Garza et al.,2005). Así mismo, se ha demostrado que la empatía presente en el personal médico representa muchos beneficios, como una mejoría en la satisfacción tanto del médico como del paciente, un incremento en la habilidad del médico para establecer un diagnóstico y tratamiento, lo cual influye en la salud del paciente y, por consiguiente, una disminución significativa en las demandas por malas prácticas

(Carvajal, Miranda, Martinac, García, & Cumsille, 2004). Todo ello conduce a que la empatía sea considerada como una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina (Esquerda et al., 2016).

La empatía es la parte medular de la relación médico-paciente, la cual involucra un “conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos” (Chacon, 2015, pp 48). Para conseguir un buen nivel de satisfacción en la atención médica habría que considerar lo siguiente: *La relación activo-pasiva* se establece con enfermos que se encuentran en una situación que les impide establecer una relación participativa, como cuando están en estado de coma. *La relación cooperativa guiada*, es la que se entabla con pacientes que están en condiciones de participar en su diagnóstico y tratamiento, como por ejemplo en el caso de padecimientos crónicos. Pero existe un tercer nivel de relación, la *participativa mutua*, en la cual no solo se aspira al cumplimiento del tratamiento, sino que el paciente toma el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con su padecimiento (Rodríguez, 2006).

Es importante resaltar que dentro de la relación-médico el médico debe tener la capacidad de establecer una alianza terapéutica con su paciente, de tal forma que logre involucrarlo de manera activa en el propio cuidado de su salud, lo que implica un trabajo “con y junto” al paciente, en un espacio donde se pueda sentir un participante activo, valorado y respetado, así como parte esencial de su tratamiento (Góngora, 2004).

1.2.2. Posibilidad del cambio en la empatía.

Diferentes estudios han mostrado que durante el proceso formativo de los médicos su capacidad para la empatía puede pasar por cambios positivos, negativos o incluso por ninguno, lo que indica que tal atributo es susceptible al cambio, situación que provee de buenas noticias para los educadores médicos (Hojat, 2012). Un ejemplo de ello, son los diversos estudios alrededor del mundo que han coincidido en que la empatía sufre un estancamiento e inclusive una disminución durante el periodo formativo de los médicos, reportando niveles de empatía más bajos y menos modificables en los hombres que en las mujeres (Esquerda et al 2016; Moreto et al., 2014) y concluyendo que la educación médica puede ser un determinante importante que afecta de manera diferencial la empatía en los estudiantes (Newton et al, 2008). Por el contrario, hay investigaciones en estudiantes de odontología que han coincidido en observar un aumento de la empatía conforme

avanzan de grado académico, atribuyendo las causas posibles a las características del plan de estudios, el cual contempla una mejor preparación y mayor acercamiento, responsabilidad y compromiso con el paciente conforme avanzan de año (Sánchez, Padilla, Rivera, Zamorano, & Díaz, 2013; Silva, Arboleda, & Díaz, 2013). Así mismo hay estudios que no reflejaron cambios significativos por grado académico (Bratek, Bulska, Bonk, Seweryn & Krysta ,2015).

Aunado a esto, se encuentran las investigaciones que describen las variables que podrían estar intervenido negativamente en el desarrollo de la empatía médica, como los son la angustia, el *Burnout* y bajos niveles de bienestar psicológico (Estrada et al.,2018 Thomas et al., 2007).

1.3. Residencias Médicas

Para entender el contexto en el que se desarrolla el presente trabajo, es necesario hacer mención de la NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2012, Educación en Salud, enfocada en la organización y funcionamiento de las residencias médicas, y en la que se describe la siguiente información. Un médico residente, se conoce como aquél profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes UMRR, para realizar una residencia médica a tiempo completo, considerando a la residencia médica, como al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativos correspondientes. Así mismo, la unidad médica receptora de residentes es el establecimiento para la prestación de servicios de atención médica o bien, áreas o servicios de las instituciones de salud que cumplen como escenario académico, en el cual los médicos residentes deben realizar las residencias médicas. La sede, es la principal unidad médica receptora de residentes, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente. El profesor adjunto, es el médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente, siendo el profesor titular el médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente.

1.3.1 Especialidades Médicas de la Universidad Veracruzana

Actualmente la Universidad Veracruzana cuenta con 17 programas educativos de especialidades médicas y dos subespecialidades, las cuales se desarrollan de manera conjunta con tres instituciones del sector salud: Servicios de Salud de Veracruz (SESVVER), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), distribuidos en 17 unidades médicas receptoras de residentes (UMRR), en las siguientes ciudades del estado de Veracruz: Coahuacoalcos, Córdoba, Orizaba, Río Blanco, Poza Rica, Veracruz y Xalapa (Vázquez, Delgado, & Quiroz, 2017).

Las especialidades y sub especialidades que ofrece son las siguientes: Anestesiología, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Epidemiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina del Trabajo, Medicina Familiar, Medicina Integrada, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Pediatría y Ubicadas específicamente en la región de Xalapa están: Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Epidemiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Integrada, Medicina Interna y Pediatría (Programas Académicos de Especialidades Médicas UV, 2016). Y recientemente en el año 2017, se abrió la especialidad de Psiquiatría.

1.4. Perspectiva teórica

El presente estudio se basa en el modelo de la psicología positiva, según el cual las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de manera que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas (Fredrickson & Joine, 2002).

El término “psicología positiva” fue desarrollado por Martin Seligman en los años 90, y se define como la rama de la psicología, que con la misma rigurosidad científica de ésta, centra su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características positivas humanas como lo son las emociones positivas, el optimismo, humor, resiliencia, creatividad, entre otras; y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías, superando o mejor dicho, complementando a la psicología que todos conocemos que se centra principalmente en la patología (Poseck, 2006).

Es así como la psicología positiva, al centrarse en las emociones positivas, busca resolver problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo, considerando que al experimentar estas emociones, se logra llegar a un estado mental y modo de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito las dificultades y adversidades que se le presenten, así las emociones positivas se vuelven un medio para solventar muchos problemas que surgen de las emociones negativas y cómo a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. (Fredrickson & Joine ,2002) Ahora bien, se puede concluir que el bienestar psicológico y la empatía como fortalezas y cualidades humanas, son objetos de estudio de la psicología positiva, con lo que se logra entender su articulación para la presente investigación.

Capítulo 2. Antecedentes

En este apartado se recapitularán los hallazgos de los estudios sobre bienestar psicológico y empatía en la población de profesionales de la salud y algunas aportaciones respecto al tema en el marco teórico que provee la psicología positiva. Se describirán para finalizar el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y los objetivos generales y específicos de la propuesta.

2.1 Estado del arte

2.1.1 Relación entre el bienestar psicológico y la empatía en la formación de los médicos

La relación entre las variables bienestar psicológico y empatía en la formación de los médicos, ha sido poco explorada en México. Sin embargo, en otros países, aunque escasos, se han encontrado estudios que relacionan ambas variables en profesionales de la salud y encontrando correlaciones significativas entre las mismas (Cuesta & Quevedo-Aguado, 2016). Un ejemplo, son los hallazgos reportados por la Universidad de Medicina de Minnesota, los cuales reflejaron una relación positiva entre el bienestar y la empatía, en contraste con una relación negativa entre ansiedad y empatía en los estudiantes (Thomas et al., 2007).

Bajo esta línea, se ha observado que la mayoría de las investigaciones centran su atención en la relación entre bienestar psicológico y otra multiplicidad de variables: “*Burnout* y bienestar psicológico” (Estrada, De la Cruz Almanza, Bahamón, Perez, & Caceres.,2018; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008),”*Mobbing* y bienestar psicológico” (García-Izquierdo, Esteban, & Hernández ,2006), los cuales han reportado relaciones negativas entre ambas variables; “bienestar psicológico, resiliencia y afrontamiento” evidenciando relaciones positivas entre las variables (Arrogante, Pérez-García, & Aparicio-Zaldívar, 2015), “autoconcepto, eficacia académica y bienestar psicológico” mostrando diferencias entre hombres y mujeres, entre área disciplinar y la edad (Veliz-Burgos & Urquijo, 2012); evaluaciones de la efectividad de programas basados en atención plena, dirigidos a mejorar el bienestar psicológico y la empatía en profesionales del área de la salud, reportando resultados favorables en ambas variables posterior a las intervenciones (Bellosta-Batalla, Pérez-Blasco, Nache, & Moya-Albiol, 2016; Asuero, Blanco, Pujol-Ribera, Berenguera, & Queraltó, 2013). En síntesis, los resultados de dichas investigaciones han evidenciado que el bienestar psicológico está relacionado positivamente con variables como empatía, resiliencia, afrontamiento, autoconcepto y eficacia académica, mientras que han reflejado

relaciones negativas entre bienestar psicológico y variables como *Burnout* y *Mobbing*. Así mismo, también se observó que sí es posible mejorar al bienestar psicológico y empatía a través de intervenciones que derivan de la psicología positiva.

2.1.2 Bienestar psicológico

Por su parte el estudio del bienestar psicológico, desde la perspectiva de la psicología positiva, ha sido cada vez más explorado en los últimos 40 años, centrandose las investigaciones en dimensionar el impacto del bienestar psicológico en la salud de las personas (Vázquez et al.,2009). Se le considera como un indicador de salud psíquica, tanto individual como colectiva, en distintos contextos de aprendizaje y desarrollo psicológico (Rangel, & Alonso, 2010), así como de calidad de vida en diferentes grupos de personas (García-Viniegras & González, 2000).

El estudio del bienestar psicológico también ha contribuido al contexto de la educación médica, aportando información de su influencia positiva en la salud mental, traducida en una reducción del *Burnout*, ansiedad y otros problemas anímicos, favoreciendo la empatía hacia los pacientes en estudiantes de medicina y residentes, esto a través de prácticas como la atención plena, encaminadas a promover el cultivo de las relaciones personales y el autocuidado, cuyo objetivo es preservar el bienestar psicológico dentro del espacio formativo (Pedrals, Rigotti, & Bitran M ,2011). Además, también se ha observado que médicos con bienestar psicológico favorecen al bienestar psicológico de sus pacientes (Weiner, Swain, Wolf, Gottlieb, 2001). Por lo tanto, se estima que el bienestar psicológico debería ser considerado como una competencia más a desarrollar en los médicos desde el inicio de su formación (Garavito, 2008).

2.1.3 Empatía médica

Por otro lado, el estudio de la empatía médica y de los factores que podrían estar relacionados con ella, ha aportado información que nos permite identificar que el proceso formativo de los médicos está asociado a la disminución de la misma (Alemán, Eberth, Ponce, Mayo, & Gualbert, 2018; Esquerda, Yuguero, Vinas, & Pifarré, 2016; Moreto, González-Blasco, Pessini, & Craice-de Benedetto, 2014).

2.1.4 Psicología positiva

El estudio del bienestar psicológico y de la empatía, parte desde el paradigma de la psicología positiva, la cual ha sido cada vez más estudiada en las últimas décadas (Contreras & Esguerra, 2006; Vázquez & Hervàs, 2009), lo que ha brindado evidencia científica de las ventajas que ofrece dentro de los espacios laborales y educativos, reflejando un aumento en el aprovechamiento académico y disminución de la ansiedad y estrés en los estudiantes (Bisquerra & Hernández, 2017; Esteban, Cabaco & Litago, 2013;), incluyendo dichos hallazgos a la educación médica (Pedrals et al., 2011). En tal sentido, en una investigación centrada en estudiar el rol que ocupan las personas dentro de las redes sociales, se observó que individuos con alto bienestar psicológico son fundamentales para las redes caracterizadas por la diversión, mientras que las personas con alta empatía son fundamentales para las redes caracterizadas por la confianza (Morelli, Makati, Jackson & Zaki, 2017), lo que aporta importante información en la búsqueda de estrategias encaminadas a mejorar la confianza en la relación médico paciente.

2.2 Problema de investigación

La importancia del bienestar psicológico del médico y de su relación con la empatía que muestran hacia sus pacientes ha sido muy poco explorado tanto a nivel mundial como en México, ya que la mayoría de las investigaciones han centrado su interés en el estudio del desarrollo de patologías en los médicos durante su proceso formativo, como depresión, ansiedad, estrés, *Burnout* e ideación suicida entre otras (Palmer-Morales, Prince-Vélez, Medina-Ramírez, López-Palmer, 2017; Jiménez-López, Arenas-Osuna, Ángeles-Garay, 2015; Velásquez, Colin, Gonzales, 2013; Deschamps, Olivares, Zabala, & Asunsolo, 2011).), además, han considerado al estudio del bienestar psicológico y de la empatía, como variables independientes una de la otra, dejando un vacío de conocimiento al respecto, lo que conduce a sugerir, que la toma de decisiones encaminadas a mejorar la salud mental del médico y la empatía en la relación médico paciente no hayan logrado dichos objetivos.

Partiendo de lo anterior, se conoce que para facilitar la adherencia al tratamiento, el arribo a un diagnóstico certero, y obtener resultados positivos en la salud de una persona, una relación médico paciente basada en la empatía es fundamental, ya que de ella se desprende la buena comunicación, la confianza y la percepción del médico como un soporte social (Grau et al., 2017; Hojat, 2012). Por lo tanto, para que un médico sea capaz de desarrollar empatía ante sus pacientes debe estar en

condiciones óptimas de salud, tanto física como mental, ya que los estados de estrés y ansiedad interfieren en ello (Hojat, 2012). Sin embargo, existe evidencia de una disminución de la empatía durante el proceso formativo de los médicos (Huarcaya-Victoria & Rivera-Encinas, 2018; Esquerda et al., 2016; Moreto et al, 2014) asociado a un contexto donde entre el 70 y 90% han sufrido algún tipo de maltrato (Carrillo-Esper & Gómez-Hernández , 2018; Derive et al.,2018; Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez & Schaufele, 2011) lo cual, además, afecta su bienestar psicológico (Consejo & Viesca-Treviño, 2008). Todo ello conduce a suponer que la educación médica puede ser un factor determinante que influye de manera diferencial en la empatía de los estudiantes con sus pacientes (Huarcaya-Victoria & Rivera-Encinas, 2018; Esquerda et al.,2016).

Sin duda puede argumentarse que los factores relacionados con la falta de control de las enfermedades crónicas son muy variados, pero lo cierto es que, como ya se mencionó, una relación médico paciente basada en la empatía favorece una mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto permite llevar un mejor control de la salud del paciente. Atender las condiciones formativas y cuidar del bienestar psicológico de los médicos desde su formación debe ser una tarea primordial, no solo porque es su derecho como ciudadanos y estudiantes de medicina, sino por las repercusiones que esto tendrá en la salud de sus pacientes.

El caso específico de los médicos residentes de las Especialidades Médicas de la Universidad Veracruzana (UV) refleja dicha problemática. Los residentes han manifestado de manera personal a la autora del presente estudio, que las condiciones formativas en las que actualmente se ven inmersos son deficientes, reflejando claramente un contexto adverso como el ya mencionado en párrafos anteriores, lo cual ellos consideran afecta su salud tanto física como mental, situación que, además, se ha observado en un alto porcentaje de incumplimiento de sus actividades académicas (Vázquez, Delgado & Quiroz, 2017). Aunado a esto, se ha reportado un alarmante promedio de un suicidio por ciclo escolar en los pasados tres años, lo cual debe convocar a la reflexión.

Esta situación hace evidente la urgencia de desarrollar estrategias pertinentes, incorporando a los planes de estudio de formación de los médicos especialistas, herramientas psicológicas que les faciliten la adquisición y mantenimiento de un mejor nivel de bienestar psicológico. Para ello se propone retomar la perspectiva de la psicología positiva (Garavito & Lucia, 2008). La psicología positiva, entendida como el estudio científico del origen y las consecuencias del bienestar psicológico y las estrategias para su desarrollo, ofrece una gran gama de posibilidades, que han

demostrado resultados satisfactorios (Pedrals et al.,2011). Un ejemplo de ello son los diversos programas en facultades de medicina en diferentes países, en donde ya se están preguntando acerca del concepto de “bienestar” y la importancia de procurarlo tanto entre los profesionales como en los pacientes (Kasman, Fryer-Edwards & Braddock, 2003, Garavito, 2008).

Por su parte, en México la Facultad de Medicina de la UNAM incluyó un programa titulado “Dimensión afectiva en la identidad profesional docente en profesores de medicina”. En él se brinda a los estudiantes contenidos y herramientas relacionadas con la inteligencia emocional, manejo de conflictos y atención plena para proteger su bienestar y mejorar la interacción con compañeros y colegas (Vives et tal., 2018). Así mismo, en el Tecnológico de Monterrey se están aplicando tres programas piloto: el primero titulado “Programa de bienestar de residentes: desarrollo docente para mentores”, que busca implementar una iniciativa para mejorar el bienestar de los residentes, aumentar el compromiso, educarlos sobre bienestar y su relación con el profesionalismo, dirigido a los profesores; el segundo titulado “Programa de profesionalismo y bienestar: pionero de un nuevo paradigma en México”, busca fortalecer el bienestar, autocuidado y profesionalismo a través de diez sesiones en las que se aborda, entre otros temas, la valoración de expectativas, sensibilización en torno a la propia salud emocional; y un tercero, titulado “Programa de bienestar de los residentes: orientación y evaluación”, el cual busca educar sobre bienestar y su relación con el profesionalismo, a través de reuniones de asesoría individual con un psicólogo, en las que los estudiantes son valorados y externan sus preocupaciones (Cordero et al., 2018).

La Universidad Veracruzana ha ensayado un abordaje del tema mediante cursos en modalidad virtual, retomando la perspectiva de la psicología positiva. El objetivo de los mismos ha sido invitar a los participantes a familiarizarse con dicha perspectiva y reflexionar acerca de los beneficios de incluir su práctica tanto a en la vida personal, como en la labor con los pacientes. Se trata de ejercicios que aunque apuntan a promover el bienestar psicológico y han recibido buena respuesta por parte de los estudiantes, dejan insatisfecha la expectativa de entablar una relación directa y obtener retroalimentación cara a cara del docente. En otras palabras, aunque es un buen inicio, dichos cursos no han obtenido la atención y el espacio que merecen dentro de la formación de los especialistas, por lo que los beneficios han sido mínimos.

2.3 Preguntas de investigación

¿Qué relación existe entre los puntajes de bienestar psicológico y de la empatía hacia sus pacientes de los médicos residentes pertenecientes a las especialidades reconocidas por la Universidad Veracruzana?

¿Cuál es la percepción sobre bienestar psicológico y su relación con la empatía hacia sus pacientes de los médicos residentes pertenecientes a las especialidades reconocidas por la Universidad Veracruzana?

2.4 Objetivos de investigación

Objetivo general

Identificar la percepción y la posible relación entre los puntajes de bienestar psicológico y empatía hacia los pacientes de los médicos residentes en formación pertenecientes a las especialidades médicas reconocidas por la Universidad Veracruzana.

Objetivos específicos

- Identificar el puntaje de bienestar psicológico presente en los residentes de las diferentes especialidades médicas.
- Identificar el puntaje de la empatía de los médicos hacia sus pacientes.
- Identificar la relación que tiene el puntaje del bienestar psicológico con la empatía que los residentes establecen hacia sus pacientes.
- Identificar la relación entre las variables socio demográficas y los puntajes de bienestar psicológico y empatía.
- Identificar cambios en los puntajes de bienestar psicológico y empatía a lo largo de un periodo académico (inicio y final) de formación en el que se encuentra cada grupo de residentes.
- Identificar la percepción que los residentes tienen sobre las dimensiones del bienestar psicológico y la empatía hacia sus pacientes.

Capítulo 3. Diseño metodológico

En este capítulo se describirán detalladamente cada uno de los procedimientos que se llevaron a cabo para la realización de la presente investigación: diseño del estudio, la población que participó, contexto en el que se llevó a cabo el levantamiento de información, el proceso de levantamiento de información, cuáles fueron los instrumentos empleados en la recolección de dicha información; y por último cómo se realizó la selección de la muestra y las herramientas utilizadas para analizar los datos obtenidos.

3.1 Diseño de investigación

Estudio mixto (cuantitativo/cualitativo).

Observacional, comparativo, descriptivo, longitudinal, prospectivo.

3.2 Población

Médicos residentes de primero (R1) a cuarto año (R4) de todas las especialidades médicas ubicados en la región Xalapa.

3.3 Contexto

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Alta especialidad Dr. Rafael Lucio (CAE), Dr. Luis F. Nachón, Clínica 66 y Clínica 11 del IMSS, los cuales fungieron como sedes de los residentes médicos zona Xalapa. El levantamiento de información de la primera etapa fue durante los meses de mayo y junio del 2017 y la segunda etapa, durante los meses de noviembre y diciembre del mismo año.

3.4 Etapas del estudio

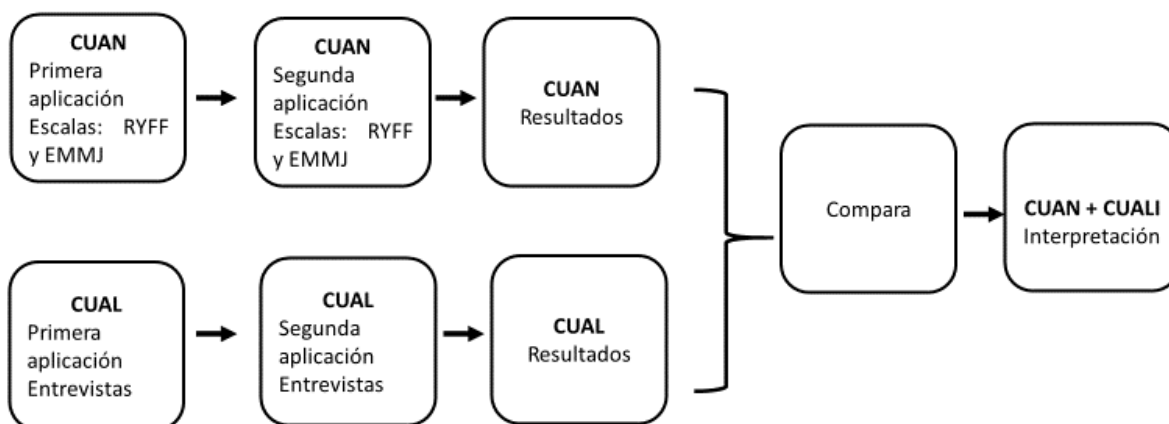
Etapa 1: Se hizo la primera aplicación de las escalas recién iniciado el año académico (marzo-febrero) e inmediatamente después se realizaron las primeras entrevistas.

Etapa 2: Se hizo la segunda aplicación de las escalas seis meses después del primer levantamiento de información, inmediatamente se contactaron a los residentes que participaron en las primeras entrevistas para realizar las segundas entrevistas.

Etapa 3: Se realizó el procesamiento y análisis de resultados. En un primer momento se analizaron los resultados de los participantes divididos en dos grupos, los que respondieron las escalas al inicio y los que respondieron las escalas seis meses después. En un segundo momento, se identificaron los residentes que respondieron las escalas en las dos primeras etapas con la finalidad de darle seguimiento (longitudinal) y comparar los resultados del primer levantamiento con el segundo, e identificar posibles cambios en los puntajes de bienestar psicológico y empatía seis meses después. En un tercer momento, se analizaron los discursos de las entrevistas de todos los participantes al inicio y seis meses después.

Etapa 4: Se identificó a los que respondieron en los dos momentos las escalas y que participaron en las dos entrevistas (inicio y seis meses después), con la finalidad de comparar los hallazgos cuantitativos con los cualitativos.

Diagrama Visual



(Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. 2007).

3.5 Selección de los participantes o muestra

3.5.1 Muestreo

- En la etapa cuantitativa se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia.

Se eligieron todos los residentes de 1er a 4to año, mujeres y hombres que se encontraban ubicados en la región Xalapa durante el periodo de estudio.

- En la etapa cualitativa se realizó un muestreo a conveniencia.

Se eligieron 15 de los residentes de las diferentes especialidades de 1er a 4to año que tenían mayor disponibilidad de tiempo, posteriormente, de esos 15, 5 fueron los que estuvieron disponibles para participar en la entrevista seis meses después. Para comparar los resultados cuantitativos con los cualitativos se eligieron los que respondieron las escalas en las evaluaciones y que además participaron en las dos entrevistas.

Criterios de inclusión:

- Médicos Residentes de todas las especialidades médicas y años, en la zona Xalapa, durante el periodo de estudio.
- Médicos Residentes que firmaron la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Médicos residentes que durante el proceso no dieron respuesta al estudio.

Criterios de eliminación.

- Pruebas respondidas de manera incompleta.

3.6 Recolección de datos

Se realizaron las gestiones correspondientes con el responsable de la Coordinación de Especialidades Médicas de la Universidad Veracruzana, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud de Veracruz; de tal forma que una vez autorizado se giraron los documentos que avalaron dicho apoyo dirigidos a los jefes de enseñanza de cada sede, cubriendo para ello los requisitos solicitados por cada una de las Instituciones donde se desarrolló el presente proyecto.

Para el primer levantamiento, con previas citas, se acudió a cada hospital sede donde se asistió a las sesiones semanales, en las cuales se encontraban reunidos todos los residentes y en ese momento se les hizo la invitación a participar en el estudio. Antes de iniciar, las instrucciones fueron dadas por un único aplicador, dejando claro que la participación era totalmente voluntaria, y posteriormente los participantes firmaron el consentimiento informado e iniciaron a responder las dos escalas. El tiempo aproximado de aplicación posterior a las instrucciones fue de 20 minutos.

Para las primeras entrevistas, se contó con el apoyo de los jefes de enseñanza, (inmediatamente después a la aplicación de los instrumentos) se acordó una cita previa en cada sede, se invitó a participar a los residentes que se encontraban disponibles al momento. Cada entrevista fue grabada (con previa autorización del participante) se realizó de manera individual en un espacio privado dentro del mismo hospital. Antes de iniciar, se les preguntó si estaban dispuestos a participar en una segunda entrevista seis meses después, y se les solicitó su teléfono para hacer la cita posterior. Firmaron el consentimiento informado. El tiempo aproximado de las entrevistas fue de 30 minutos.

Para el segundo levantamiento de información, se acudió al lugar y fecha establecidos en la que los residentes realizaron el examen departamental anual, y en un espacio previo a iniciar el examen se les aplicaron las escalas. Firmaron consentimiento informado y las instrucciones se las proporcionó un único aplicador.

Para las segundas entrevistas, el investigador contactó directamente a los residentes que participaron en la primera entrevista para acordar una nueva cita. Las entrevistas se realizaron en espacios privados dentro de las sedes.

3.6.1 Instrumentos

Pilotaje

Se utilizaron dos escalas que no estaban previamente validadas en la población de estudio. Para bienestar psicológico se utilizó la *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*; y para medir la empatía se utilizó la *Escala de Empatía Médica de Jefferson* en la versión para estudiantes.

El pilotaje de las dos escalas se realizó en los residentes médicos de las diferentes especialidades médicas del 4to año (R4), los cuales se encontraban distribuidos en el Centro de Alta Especialidad

(CAE), así como en residentes recién egresados y profesionales de la salud con características similares. En total fueron 39 participantes de los que se logró disponer.

Se concluyó que la muestra fue muy pequeña y por lo tanto no fue suficiente para encontrar una estructura factorial estable. Bajo estas circunstancias se tomó la decisión de aplicar todas las preguntas y sólo se hicieron modificaciones a la redacción en las instrucciones de las escalas de acuerdo a las observaciones de los participantes.

Con relación a las entrevistas se llevaron a cabo en total siete, tres a residentes de 4to año y el resto a residentes recién egresados y otros profesionales de la salud que trabajan con pacientes dentro de clínicas u hospitales. Las entrevistas fueron semiestructuradas y las preguntas fueron diseñadas para indagar su percepción en torno las mismas dimensiones de las escalas.

Se encontró que las preguntas uno y dos por su forma de redacción parecían repetidas, por lo que se hicieron las modificaciones correspondientes.

Así mismo, al hacer el análisis de discurso, se logró afinar las categorías y subcategorías que se identificaron durante el estudio.

Etapas cuantitativa

Análisis factorial

Debido a que las propiedades psicométricas varían de acuerdo a la muestra estudiada atendiendo a diferencias en factores socioculturales específicos (Prieto & Delgado, 2010), las escalas se adaptaron y validaron a la población de estudio, utilizando la muestra del primer levantamiento, por medio de la técnica de análisis factorial exploratorio. Los pasos utilizados para implementar la técnica fueron los siguientes (Lagunes - Córdoba, 2017): primero, se realizó un análisis de normalidad de las puntuaciones de los reactivos por medio de la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. Este procedimiento permitió rechazar la hipótesis de normalidad multivariante para ambas escalas, y seleccionar el procedimiento adecuado de extracción de factores para el análisis. La teoría asumía independencia y se procedió a comprobarla, tal y como lo proponen Tabachnik y Fidell (2001), en un inicio como filtro, se hizo el análisis con rotación oblicua y verificamos que las correlaciones entre los factores mostraron valores $<.32$ por lo que se seleccionó el procedimiento de Mínimos Cuadrados no Ponderados con rotación Varimax para realizar el análisis. Ambas escalas tuvieron

adecuados valores en los coeficientes de Kaiser-Meyer-Olkin (*Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* = .852; *Escala de Empatía Médica de Jefferson* = .866); y la prueba de esfericidad de Bartlett (*Bienestar Psicológico de Ryff* = .000; *Escala de Empatía Médica de Jefferson* = .000) por lo cual fue posible confiar en la solución factorial obtenida. Se retuvieron todos los reactivos con una carga factorial mínima de 0.40, ya que los que no satisfacen este requisito no aportan suficiente varianza explicada para ofrecer una solución estable en el modelo factorial (Muñiz, 2010). El examen de la matriz de factores rotados de ambas escalas permitió determinar las estructuras factoriales que se describen a continuación (ANEXOS).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Se midió bienestar psicológico con la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB, siglas de Scale of Psychological Well-being) elaborada por Ryff (1989) desde el paradigma de la psicología positiva, en su adaptación al español por Dierendonck en el 2006.

El análisis factorial condujo a la eliminación de 9 ítems (6,10,13,14,15,16,23,34,39) quedando compuesta al final por 30 reactivos.

La estructura factorial encontrada consta de cuatro subescalas:

I. Autonomía y crecimiento personal ($\alpha=.915$), compuesta por los ítems 4,5,8,22,25,27,29,30,33,36.

II. Autoaceptación ($\alpha=.847$), compuesta por los ítems 1,3,7,17,18,19,24,28,31,32,35,37,38.

III. Relaciones positivas ($\alpha=.80$), compuesta por los ítems 2,9,20,26.

IV Dominio del entorno ($\alpha=.65$), compuesta por los ítems 11,12,21.

El alfa de Cronbach de la escala total fue de .915. Es autoadministrada, con un formato de respuesta con puntuaciones que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), con un rango posible de entre 30 y 180. Los ítems inversos se presentan en letra cursiva y se puntúa de manera inversa. (ANEXOS)

Forma de calificación	Equivalencias en puntuación para los ítems inversos
1. Completamente de acuerdo	1=6
2. De acuerdo	2=5
3. Parcialmente de acuerdo.	3=4
4. Parcialmente en desacuerdo	4=3
5. En desacuerdo	5=2
6. Completamente en desacuerdo	6=1

Escala de Empatía Médica de Jefferson

Se midió la empatía médica y se utilizó la Escala de Empatía de Jefferson S (EEMJ) derivada desde la perspectiva integradora de la empatía. Validada y adaptada a la población de estudio, cuyo análisis factorial condujo a la eliminación de dos ítems (5,8) y quedó compuesta finalmente por 18 reactivos y 2 factores:

I. Comprensión de las emociones y pensamientos de los pacientes ($\alpha=.90$), compuesta por los ítems 2,4,9,10,13,15,16,17,20.

II. Cuidados con compasión ($\alpha=.87$), compuesta por los ítems 1,3,6,7,8,11,12,14,19.

La escala en su puntaje total mostró un alfa de Cronbach de .89. La escala es tipo Likert de siete puntos, 1 (total acuerdo) y 7 (total desacuerdo), con un rango posible de entre 18 y 126. Cuenta con 9 ítems negativos.

Forma de calificación:	Equivalencias en puntuación para los ítems redactados en forma negativa.
1. Totalmente en desacuerdo	1=7
2. En desacuerdo.	2=6
3. Poco desacuerdo.	3=5
4. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4=4
5. Poco acuerdo	5=3
6. En acuerdo	6=2
7. Totalmente de acuerdo	7=1

Otras variables

Se incluyó una ficha de recolección de datos sociodemográficos: edad, sexo, año de estudio, especialidad, estado civil, lugar de procedencia, con quien viven, si son dependientes económicos, si tienen dependientes económicos y número de hijos.

Etapa cualitativa

Entrevista: guion de preguntas semiestructuradas:

Para comparar los resultados cuantitativos, el diseño de las preguntas pretendió abordar las mismas dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico y de Empatía utilizadas, pero desde la percepción de los residentes.

Bienestar psicológico: preguntas enfocadas en la manera en que ellos perciben cada una en tres diferentes contextos: familiar, académico y con los pacientes.

Empatía: preguntas enfocadas a indagar en su significado de empatía, cuál sería su función y cómo la establecen con sus pacientes.

Así mismo, se buscó indagar si perciben que existe una relación entre su bienestar psicológico y la relación que establecen con los pacientes (ANEXOS).

3.7 Procesamiento de datos

Etapa cuantitativa

Para el análisis la muestra se dividió en tres grupos: el grupo que participó en un primer levantamiento de información, el grupo que participó seis meses después (segundo levantamiento), y el grupo que participó en ambos momentos de la medición (fueron los mismos sujetos en ambos levantamientos).

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa estadístico IBM™ SPSS™ 20. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos de la muestra. La correlación entre los puntajes (globales y por dimensión) de las escalas SPWB y EEMJ se evaluó mediante el estadístico de Pearson con nivel de significancia para este estudio de .05.

Se utilizó la prueba *T* para identificar las posibles diferencias entre el primer y segundo levantamiento en la población que fue la misma en ambas mediciones.

Se utilizó la prueba *ANOVA* para comparar los puntajes entre bienestar psicológico y empatía por año de residencia (R1, R2, R3, R4). *Post hoc*, para identificar el grupo diferente.

Para finalizar, mediante un análisis univariante se descartaron variables, quedándonos únicamente con las que tuvieron una relación significativa para realizar los análisis de Regresión; de esta manera a través de una Regresión lineal simple se puso a prueba el único modelo que resultó ser significativo (descrito a continuación) con la finalidad de explorar la variable que explicó mejor la presencia de la otra.

	Variable dependiente	Variable Independiente
Modelo 1	BP	Empatía
Modelo 2	Empatía	BP

Etapas cualitativa

Para hacer el análisis cualitativo se utilizó el Atlas ti versión 6. Se buscó considerar dentro de las entrevistas la percepción de los participantes sobre sus circunstancias con respecto a las categorías y subcategorías previamente establecidas.

Se utilizó análisis de contenido para identificar los fragmentos del discurso (correspondientes a cada categoría) que más se repetían entre las narraciones de los entrevistados.

Se identificaron dos categorías generales: la primera, bienestar psicológico, con subcategorías (autoaceptación, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas, crecimiento personal y propósito en la vida), a su vez cada una explorada en las dimensiones familiar, académico y con los pacientes. La segunda categoría fue empatía hacia los pacientes.

Dentro del discurso se buscó información sobre cómo percibían cada dimensión del bienestar psicológico dentro de su contexto familiar, académico y con los pacientes. También se buscaron indicios de cómo ellos están realizando la atención con los pacientes (basado en la empatía o no), iniciando con preguntas que reflejaran su concepto de empatía, cómo es una relación médico-paciente basada en la empatía y cuáles son los beneficios de esto. Así mismo, se buscaron datos que reflejaran si consideran que su bienestar psicológico está relacionado con la empatía y por qué. Por último, se indagó sobre posibles cambios percibidos por ellos tanto a nivel familiar, como académico y laboral seis meses después de haber iniciado el ciclo académico.

Comparación de datos cuantitativos con los cualitativos

Para comparar los resultados cuantitativos con los cualitativos, se eligieron a los participantes que cumplían con los siguientes criterios: haber respondido los instrumentos de medición en el primer y segundo momento; y haber participado en las dos entrevistas. Dentro del discurso se identificaron los fragmentos que confirmaron o refutaron el resultado del análisis cuantitativo.

3.8 Implicaciones éticas

El presente trabajo cumple con los requisitos exigidos por la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud y se cataloga como investigación nivel I; investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Art. 17 de dicho reglamento, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos retrospectivos o prospectivos y en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de 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, respetando además la confidencialidad de los datos. Y de acuerdo al artículo 23 de la Ley General de Salud, como investigación con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose de investigaciones con riesgo mínimo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado. Este protocolo de investigación respetará los preceptos éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptados por la asamblea mundial de Helsinki 2004 y toma en cuenta los lineamientos establecidos en la NOM-012-SSA3-2012.

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de investigación del Centro de Alta Especialidad de Veracruz, con folio 20/17, que tiene validez a nivel Federal y el aval de la COFEPRIS y CONBIOÉTICA.

Capítulo 4. Resultados

En el presente capítulo se describen los principales resultados, la discusión y conclusiones una vez realizado los análisis correspondientes a los datos obtenidos. Para ello, los resultados se presentan en tres momentos: el primero con los datos cuantitativos, el segundo con los datos cualitativos y posteriormente, la comparación de los resultados cuantitativos con los cualitativos. Por último, se describe la discusión de los hallazgos más importantes, en concordancia con los objetivos del estudio para terminar con las principales conclusiones.

4. Presentación de resultados

4.1. Resultados cuantitativos.

4.1.1 Muestra de la primera y segunda aplicación.

4.1.1.1 Descripción de la muestra

Primera aplicación

Participaron 139 residentes médicos que cursaban diferentes especialidades. 48.95% eran mujeres y 51.1% eran hombres, con un rango de edad de entre 24 y 40 años (Media = 28.55; DE = ± 3.044). 79.1% estaban solteros; 75.5% mencionaron ser independientes económicos; 43.9% dijo vivir sólo; y 77.7% dijo no tener dependientes económicos; 89.45% provienen de diferentes estados de la República Mexicana; un 53.2% son de primer año y un 31.7% de medicina familiar. (Tabla 1)

Segunda aplicación

Participaron 157 residentes médicos de una zona, que cursaban diferentes especialidades. 48.4% eran mujeres y 51.6% eran hombres, con un rango de edad de entre 24 y 44 años (Media = 29.05; DE = ± 3.381).— 73.9% estaban solteros; 80.03% mencionaron ser independientes económicos; 54.1% dijo vivir sólo; y 71.3% dijo no tener dependientes económicos; 84.1% provienen de diferentes estados de la República Mexicana; 38.2% son de tercer año y 26.6% de medicina familiar. (Tabla 1).

Tabla 1
Descripción de la muestra

<i>Edad</i>	Primera aplicación (n=139)		Segunda aplicación (n=157)	
	28.55 (\pm 3.044)		29.04 (\pm 3.372).	
	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<i>Sexo</i>				
Mujeres	68	48.9	76	48.4
Hombres	71	51.1	81	51.6
<i>Estado Civil</i>				
Soltero	110	79.1	116	73.9
Casado	19	13.7	29	18.5
Unión libre	10	7.2	12	7.6
<i>Año de residencia</i>				
R1	74	53.2	78	49.4
R2	31	22.3	45	29.1
R3	14	10.1	30	19.0
R4	20	14.4	4	2.5
<i>Hospital Sede</i>				
11	32	23.0	48	30.4
66	44	31.7	41	26.6
CAE	51	36.7	60	38.0
Nach	12	8.6	8	5.1
<i>Lugar de procedencia</i>				
Xalapa	21	15.1	25	16.5
Fuera	118	84.9	132	83.5
<i>Con quién vive</i>				
Solo	61	43.9	85	54.1
Cónyuge	14	10.01	28	17.8
Amigos	35	25.2	19	12.1
Otros familiares	22	15.9	14	8.9
Padres	7	5	11	7
<i>Dependen económicamente</i>				
No	105	75.5	112	71.3
Si	34	24.5	45	28.7
<i>De quien dependen económicamente</i>				
De Nadie	105	75.5	127	80.4
Padres/cónyuge	35	24.5	31	19.6
<i>Dependientes económicos</i>				
No	107	77	112	71.3
Si	32	23	45	28.7

11: IMSS Hospital general zona 11 CAE: Centro de Alta Especialidad "Dr. Rafael Lucio"
 Nach: Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón" 66: IMSS Clínica número 66

4.1.1.2 Resultados de bienestar psicológico

Medias de bienestar psicológico global y por dimensión

Primera aplicación

En el grupo que participó en el primer levantamiento, la media de la puntuación global de bienestar psicológico fue de 143.71 (± 21.920); para autonomía y crecimiento personal 43.68 (± 12.769), autoaceptación 67.97(± 7.368), dominio del entorno 14.85(± 2.516) y relaciones positivas 17.22(± 5.193). (Tabla 2)

Segunda aplicación

En el grupo que participó en el segundo levantamiento, la media de la puntuación global de bienestar psicológico fue de 152.05(± 19.051); para autonomía y crecimiento personal 48.41 (± 8.943), autoaceptación 68.99(± 7.346), dominio del entorno 15.57(± 2.199) y relaciones positivas 19.083(± 4.183) (Tabla 2).

Tabla 2

Medias de bienestar psicológico global y por dimensión (primera y segunda aplicación)

Variable	Primera aplicación	Segunda aplicación
Global	143.71 (± 21.920)	152.05(± 19.051)
Autonomía y crecimiento personal	43.68 (± 12.769)	48.41 (± 8.943)
Autoaceptación	67.97(± 7.368)	68.99(± 7.346)
Dominio del entorno	14.85(± 2.516)	15.57(± 2.199)
Relaciones positivas	17.22(± 5.193)	19.083(± 4.183)

Comparación por año de residencia de BP

Primera aplicación:

En el puntaje global de bienestar psicológico, al comparar las medias de los puntajes por año de residencias se observó una disminución conforme se avanza de año, siendo los R4 los que reflejaron las puntuaciones más bajas con diferencias estadísticamente significativas ($p=.000$) (vea tabla 3 y 3.1).

Segunda aplicación:

Se observó una disminución de puntajes de R1 a R2, posteriormente fueron aumentando de R3 a R4, sin diferencias significativas. (vea tabla 3).

Tabla 3

Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por año (primera y segunda aplicación)

Aplicación	R1	R2	R3	R4	P
Primera	145.51 (± 16.049)	144.48 (± 25.027)	142.42 (± 15.35)	111.30 (± 7.30)	.000
Segunda	152.79 (± 19.218)	150.04 (± 20.684)	152.73 (± 16.999)	155.00 (± 15.297)	.863

*ANOVA

Tabla 3.1

Post Hoc: comparación de bienestar psicológico por año en la primera medición

Tukey HSD			
Año de residencia	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
R4	20	111.3000	
R2	31		141.4839
R3	14		142.4286
R1	74		145.5135
Sig.		1.000	.857

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 23.923.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

En relación a las medias del puntaje global de Bp por especialidad, se observó que para los dos momentos de medición el puntaje más bajo fue para las quirúrgicas; sin embargo, solo en el primer momento esa diferencia fue significativa ($p < .05$) (Tabla 4).

Tabla 4

Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por especialidad (primera aplicación)

Aplicación	n	Clínicas	n	Quirúrgicas	P
Primera	109	145.80 (± 21.148)	30	136.13 (± 23.346)	.032
Segunda	113	153.07 (± 18.567)	44	149.43 (± 20.225)	.284

4.1.1.3 Resultados para empatía.

Empatía global y por dimensión

Primera aplicación

En el grupo que participó en el primer momento, la media de empatía global que mostró fue de 98.23 (± 20.472), para el factor comprensión de las emociones y sentimientos de los pacientes fue de 52.42 (± 11.108), para cuidados con compasión fue de 45.81 (± 14.126) (Tabla 5).

Segunda aplicación.

En el grupo que participó en el segundo momento, la media de empatía global que mostró fue de 104.64 (± 16.397), para el factor comprensión de las emociones y sentimientos de los pacientes fue de 54.15 (± 8.876), para cuidados con compasión fue de 50.61 (± 9.641) (Tabla 8).

Tabla 5

<i>Medias de empatía global y por dimensión (primera y segunda aplicación)</i>		
	Primera aplicación	Segunda aplicación
Global	98.23(±20.472)	104.64(±16.397)
Comprensión de las emociones y sentimientos de los pacientes.	52.42(±11.108)	54.15(±8.876)
Cuidados con compasión	45.81 (±14.126)	50.61 (±9.641)

Comparación por año.

Primera aplicación:

En el puntaje global de empatía, se observó una disminución conforme avanzaban de año. Los R4 tuvieron los puntajes más bajos con una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) (Tablas 6 y 6.1).

Segunda aplicación:

En este caso, se observó una disminución del R1 al R2, pero R3 y R4 aumentaron y se mantuvieron, aunque la diferencia no fue significativa ($p < .05$) (Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de medias de empatía global por año (primera y segunda aplicación)

Aplicación	R1	R2	R3	R4	P
Primera	103.12(±16.18)	103.26(±20.72)	97.50(±26.147)	72.85 (±8.964)	.000
Segunda	105.86 (±15.07)	102.13(±17.29)	105.13(±18.79)	105.25(±14.7)	.744

*ANOVA

Tabla 6.1

Post Hoc: comparación de empatía por año en la primera medición

Tukey HSD				
AÑO DE RESIDENCIA	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	
R4	20	72.85		
R3	14			97.50
R1	74			103.12
R2	31			103.26
Sig.		1.000		.675

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 23.923.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Comparación por especialidad

Al comparar las medias de la empatía por especialidad, se observó que para las dos aplicaciones los puntajes más bajos fueron para los de quirúrgicas, sin embargo, únicamente en el segundo momento esas diferencias fueron significativas ($p < .05$) (Tablas 7).

Tabla 7

Comparación de medias del puntaje global de empatía por especialidad (primera aplicación)

Aplicación	n	Clínicas	n	Quirúrgicas	P
Primera	109	99.80 (20.732)	30	92.53(18.730)	.085
Segunda	113	106.77(15.563)	44	99.16(17.373)	.009

*ANOVA

4.1.1.4. Bienestar psicológico y empatía en variables demográficas

En la primera aplicación, al hacer la comparación de bienestar psicológico por hospital sede, el que mostró los puntajes más bajos fue el CAE con diferencias significativas ($p=.001$); mientras que en la segunda aplicación los que mostraron las puntuaciones más bajas fueron los del Nachón, con diferencias significativas ($p=.017$) (Tabla 8).

En lo que se refiere a la empatía, en los dos levantamientos el CAE mostró las puntuaciones más bajas, con diferencias significativas ($p=.000$; $p=.047$) (Tabla 8).

En la primera aplicación, los que mostraron los niveles más altos de bienestar psicológico al comparar entre los que viven solos, con su cónyuge o familia, con diferencias estadísticamente significativas fueron quienes mencionaron vivir con algún familiar (tíos, primos, hermanos, pero no los padres) ($p=.026$). Mientras que en la segunda aplicación no se observaron diferencias.

En la variable empatía, no se observaron diferencias en ninguno de las dos aplicaciones.

Tabla 8

Bienestar psicológico y empatía por hospital sede (primera y segunda aplicación)

Aplicación	<u>Hospital sede</u>				<u>P</u>
	<u>11</u>	<u>66</u>	<u>CAE</u>	<u>Nachón</u>	
	Bienestar psicológico				
Primera	146(±16.29)	145 (±19.69)	130.47(±22.35)	138 (±18.15)	.001
Segunda	150.95 (±20.09)	157.75(±14.67)	151.23(±18.18)	135.50(±29.09)	.017
	Empatía				
Primera	106.09(±13.61)	108.11(±15.96)	84.49(±21.17)	99.42 (±15.92)	.000
Segunda	103.23 (±14.24)	110.68(±14.30)	101.68(±18.58)	104.25(±15.65)	.047

11: IMSS Hospital general zona 11

66: IMSS Clínica número 66

CAE: Centro de Alta Especialidad "Dr. Rafael Lucio"

Nach: Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón"

4.1.1.5. *Correlaciones entre bienestar psicológico y empatía (global y por dimensión).*

Primera aplicación:

Los puntajes de bienestar psicológico total y empatía total mostraron una correlación significativa y positiva ($r=.460$, $p=.001$). Al contrastar cada una de las dimensiones de ambas variables de estudio, se encontró que en la mayoría hubo correlación, excepto entre autonomía y comprensión de las emociones y pensamientos del paciente, entre autonomía y cuidados con compasión, entre autonomía y puntaje de empatía total, entre relaciones positivas y comprensión de las emociones y pensamientos del paciente, entre dominio del entorno y los tres factores de la empatía, así como de la empatía total (Tabla 9).

Segunda aplicación:

Los puntajes de bienestar psicológico total y empatía total mostraron una correlación significativa positiva ($p=.581$, $p<.001$). Al analizar cada una de las dimensiones de ambas variables de estudio, se encontró que todas correlacionaron positivamente (Tabla 9).

Tabla 9

*Matriz de correlación de Pearson
entre bienestar psicológico y empatía (primera y segunda aplicación)*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8 Ap1.Autonomía y crecimiento personal															
2 Ap1.Autoaceptación	.463**														
3 Ap1.Relaciones positivas	.716**	.265**													
4 Ap1.Dominio del entorno	.444**	.538	.223**												
5 Ap1.Bienestar psicológico total	.930**	.637**	.742**	.559**											
6 Ap1 Comprensión de las emociones y pensamientos	.135	.291**	.103	.167	.199**										
7 Ap1.Cuidados con compasión	.411**	.094	.272**	.114	.407**	.369**									
8 Ap1.Empatía total	.435**	.206*	.307**	.164	.460**	.693**	.896**								
9 Ap2. Autonomía y crecimiento personal	.691**	.515*	.523*	.360**	.671**	.147	.152	.207							
10 Ap2. Autoaceptación	.588**	.625**	.384**	.358**	.653**	.323*	.267*	.367**	.594**						
11 Ap2.Relaciones positivas	.639**	.316*	.629**	.355**	.624**	-.051	.169	.106	.654**	.368**					
12 Ap.2 Dominio del entorno	.439**	.599**	.359**	.369**	.506**	.317*	.282*	.340**	.448**	.706**	.349**				
13 AP2.Bienestar psicológico total	.676**	.581**	.402**	.402**	.715**	.265*	.264*	.335**	.865**	.828**	.698**	.698**			
14 Ap2.Comprensión de las emociones y pensamientos	.411**	.357**	.357**	.357**	.447**	.421**	.216	.357**	.445**	.521**	.344**	.448**	.540**		
15 Ap2.Cuidados con compasión	.323*	.246	.364**	.364**	.360**	.365**	.376**	.438**	.437**	.428**	.273**	.328**	.496**	.588**	
16 Ap 2. Empatía total	.436**	.348**	.420**	.420**	.480	.415	.337	.439	.500	.522**	.350**	.433**	.581**	.861**	.864**

**La correlación es significativa al nivel 0.01(bilateral).

*La correlación es significativa al nivel 0.05(bilateral).

Ap1: primera aplicación

Ap2: segunda aplicación

4.2.1.6 Correlaciones entre variables demográficas

Sólo se encontraron para primer momento:

Una correlación negativa entre el puntaje total de la empatía y los puntajes por año de residencia ($R = -.253$, $p = .000$); una correlación positiva entre el puntaje total de la empatía y el puntaje por número de hijos ($R = .138$, $p = .045$).

4.1.1.7 Regresión lineal

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov la cual mostro una distribución normal, se revisò la significancia de las correlaciones y la significancia del ANOVA. por lo que fue factible realizar la prueba de regresión lineal donde se encontró lo siguiente:

Primera aplicación:

Los puntajes de empatía son explicados por la dimensión autonomía y crecimiento personal con un 25.8% de la varianza ($r=.198$) (Figura 1).

Figura 1

Regresión lineal (primera aplicación)

Coeficientes ^a								
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.				Beta	Tolerancia
1	(Constante)	62.309	5.349		11.649	.000		
	AP1 Autonomía y crecimiento	.822	.118	.513	6.995	.000	1.000	1.000

a. Variable dependiente: Puntaje total Empatía
AP1: Aplicación de primer momento

Segunda aplicación:

Los puntajes de empatía son explicados por las dimensiones de autonomía y crecimiento personal y autoconcepto con 21.9% de la varianza ($r=.219$) (figura 2).

Figura 2

Regresión lineal (segunda aplicación)

Coeficientes ^a								
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
		B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
1	(Constante)	37.278	10.979		3.395	.001		
	AP2 Autonomía y crecimiento	.394	.167	.215	2.363	.019	.604	1.657
	AP2 Autoaceptación	.700	.203	.313	3.443	.001	.604	1.657

a. Variable dependiente: Puntaje total Empatía
Ap2: Aplicación de segundo momento

4.1.2. Muestra que fue la misma en la primera y segunda aplicación (longitudinal)

4.1.2.1 Descripción de la muestra

Participaron 60 residentes médicos de la zona Xalapa, que cursaban diferentes especialidades. 51.7% eran mujeres y 48.3% eran hombres, con un rango de edad de entre 24 y 40 años (Media = 28.13; DE = ± 3.286). 75% estaban solteros; 68.3% mencionaron ser independientes económicos; 43.3% dijo vivir sólo; y 68.3% dijo no tener dependientes económicos; 85% provienen de diferentes estados de la República Mexicana; 78.3% son de primer año y 35.0% de medicina familiar (Tabla 10).

Tabla 10

<i>Descripción de la muestra (n=60)</i>		
Edad	28.13 (± 3.286)	
	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sexo		
Mujeres	31	51.7
Hombres	29	48.3
Estado Civil		
Soltero	45	75
Casado	10	16.7
Unión libre	5	8.3
Año de residencia		
R1	47	78.3
R2	8	13.3
R3	5	8.3
Especialidad		
Clínicas	49	81.7
Quirúrgicas	11	18.3
Hospital sede		
11	22	36.7
66	20	33.3
CAE	11	18.3
Nach	7	11.7
Lugar de procedencia		
Xalapa	9	15
Fuera	51	85
Con quién viven		
Solo	26	43.3
Cónyuge	7	11.7
Amigos	13	21.7
Otros familiares	8	13.4
Padres	6	10
Dependen económicamente		
No	41	68.3
Si	19	31.7
De quién dependen económicamente		
De Nadie	41	68.3
Padres/cónyuge	19	31.7
Dependientes económicos		
No	41	68.3
Si	19	31.7

11: IMSS Hospital general zona 11

CAE: Centro de Alta Especialidad "Dr. Rafael Lucio"

Nach: Hospital Regional de Xalapa "Dr. Luis F. Nachón" 66: IMSS Clínica número 66

4.1.2.2 Resultados para bienestar psicológico

Al comparar las medias de la primera y segunda aplicación de bienestar psicológico global y por dimensión, solo se encontraron diferencias significativas en la dimensión de relaciones positivas ($p=.008$) (Tabla 11).

Tabla 11

<i>Comparación de medias de bienestar psicológico entre la primera y segunda aplicación</i>			
	<u>Primera aplicación</u>	<u>Segunda aplicación</u>	<i>p</i>
Global	149.967(± 17.1295)	152.3000 (± 21.22383)	.268
Autonomía y crecimiento personal	47.783 (± 8.5034)	48.033(± 9.7620)	.693
Autoaceptación	69.0833(± 6.285)	69.1667(± 7.8355)	.923
Dominio del entorno	15.000(± 2.1706)	15.4667(± 2.5609)	.197
Relaciones positivas	18.1000(± 4.5610)	19.583(± 5300)	.008

Comparación por año y especialidad.

En la primera aplicación, al comparar las medias de bienestar psicológico por año de residencia se observaron las siguientes puntuaciones: para R1 = 193.9149 (± 20.249); R2 = 192.500 (± 7.993); R3 = 186.600(± 22.623), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=.753$) (Tabla 12).

En la segunda aplicación, se observaron las siguientes puntuaciones: para R1 = 196.27 (± 26.654); R2 = 191.875 (± 24.793); R3 = 192.800(± 24.478), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=.885$) (Tabla 12).

Al comparar las medias por especialidad de la primera y segunda aplicación no se observaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 12).

Tabla 12

Comparación de medias del puntaje global de bienestar psicológico por año y especialidad			
Año	<u>Primera aplicación</u>	<u>Segunda aplicación</u>	<u>P</u>
R1	193.9149 (\pm 20.249)	196.27 (\pm 26.654)	.333
R2	192.500 (\pm 7.993)	191.875 (\pm 24.793)	.900
R3	186.600(\pm 22.623)	192.800(\pm 24.478)	.352
<i>p</i>	.753	.885	
Especialidad			
Clínicas	195.979 (\pm 19.0104)	198.9388 (\pm 23.8243)	.172
Quirúrgicas	180.3636(\pm 22.7915)	179.6364(\pm 29.9308)	.905

*Prueba T y ANOVA

4.1.2.3 Resultados para empatía

Al comparar las medias globales y por dimensión del primer y segundo momento no se observaron diferencias significativas (Tabla 13).

Tabla 13

Comparación de medias de empatía entre la primera y segunda aplicación			
	<u>Primera aplicación</u>	<u>Segunda aplicación</u>	<u>p</u>
Global	106.53(\pm 17.332)	106.80 (\pm 15.983)	.917
Comprensión de las emociones y sentimientos de los pacientes.	54.78(\pm 9.273)	55.92(\pm 7.727)	.413
Cuidados con compasión	51.75 (\pm 10.057)	50.88(\pm 10.521)	.575

* Prueba T

4.1.2.4 Comparación por año y especialidad

En la primera aplicación, al hacer la comparación de las medias globales entre los de primero, segundo y tercer año, se observó una disminución conforme avanzaban de año siendo los de tercero (R3) los que mostraron los puntajes más bajos con diferencias significativas ($p=.047$) (Tabla 15). En la segunda aplicación no se observaron diferencias significativas (Tabla 15).

Al comparar las medias globales por especialidad no se observaron diferencias significativas en ambas aplicaciones (Tabla 14).

Tabla 14

<i>Comparación de medias de empatía global por año y especialidad de la primera y segunda aplicación</i>			
<u>Año</u>	<u>Primera aplicación</u>	<u>Segunda aplicación</u>	<u>P</u>
R1	108.30 (± 12.396)	107.51 (± 15.933)	.685
R2	107.50 (± 26.458)	105.50 (± 14.667)	.824
R3	88.40 (± 31.453)	102.20 (± 20.873)	.569
P	.047	.762	
Especialidad			
Clínicas	107.20 (± 18.381)	108.78 (± 14.855)	.602
Quirúrgicas	103.55 (± 11.767)	98.00 (± 18.536)	.176

*Prueba T y ANOVA

Al hacer la comparación de bienestar psicológico y empatía con el resto de las variables sociodemográficas, no se observaron diferencias significativas.

4.2 Resultados cualitativos.

Se analizaron en total 15 entrevistas, de las cuales 5 fueron realizadas en dos momentos (al inicio y al final de curso académico). Participaron 6 mujeres y 9 hombres.

Descripción de las categorías y los fragmentos del discurso que lo explica:

Autoaceptación en lo familiar (satisfacción con lo logrado en el contexto familiar):

Todos, tanto los que viven con su cónyuge e hijos, los que viven con sus padres o los que viven solos lejos de la familia, mencionaron estar satisfechos con la forma de vida familiar que estaban llevando desde su inicio de la especialidad hasta el momento de la entrevista, considerando que esto se debía a la buena comunicación que existe entre ellos.

“¿Familiares? Mucho la verdad, paso mucho tiempo con ellos a pesar de estar aquí”

“Pues a que hay una buena unión familiar, se lleva bien toda mi familia”

“Si me encuentro satisfecho. O sea, familiarmente tengo muy buenas relaciones, o sea la relación con mis padres y con mi hermana es bastante buena”

“Bueno ahorita el tiempo que le dedico a mi familia es un poco más limitado que antes, pero considero que sigue siendo de calidad, la relación con mi familia es buena”

“Con mi familia, bastante satisfecha... Pues, veo a mis hermanas muy seguido, estamos en contacto siempre, con mi mamá, sí, en general tengo buena relación con ella”

“No pues a que hay buena comunicación, o sea dentro de mi familia, y yo siento que nos llevamos muy bien y pues hay confianza. Más que nada pues con mi pareja, que es mi familia inmediata, y pues, con mi madre y todo bien, al igual Hay una buena relación”

Autoaceptación en lo académico (satisfacción con lo logrado y reconocimiento de habilidades y debilidades dentro de espacio formativo como médico especialista)

En este caso, la mayoría mencionó estar satisfechos con lo que habían logrado al entrar a la especialidad y al haber llegado al siguiente año. Hubo una persona que mencionó no estar tan satisfecho por los resultados económicos que ha obtenido.

“Siempre se puede mejorar, pero me siento satisfecho en este momento. Claro tengo identificadas ciertas áreas en las que tenemos que trabajar más, pero en general me siento bien”

“Pues bien, sí, mucho...”

“Entonces yo ahorita me siento bastante satisfecha con todo lo que he aprendido. O sea con la rotación que tuve a México te das cuenta que el nivel de exigencia que nosotros tenemos aquí, nos sirve para cuando nosotros vamos allá no te asombras o no hay ese sentimiento de a lo mejor de incompetencia. Yo allá llegue utilizar equipos mucho más sofisticados que los de aquí pero llegas allá a reforzar lo que ya sabes, y el hecho de que te feliciten o que te busquen los adscritos para que tú intérpretes o veas a un paciente y llegas aquí orgulloso”

“También mucho. Yo creo que la especialidad ha reforzado... que yo lo había notado desde que salí de la facultad, había debilidades estando en la facultad entonces he reforzado muchas de esas áreas que yo consideraba débiles”.

“Pues, no tan satisfecho, Lo que pasa es que... bueno en mi caso me he esforzado y los resultados no han sido totalmente positivos, o sea algo redituable en esto. Me esfuerzo y me esfuerzo y las cosas no me salen tan bien como esperaba, pero bueno espero que más adelante pueda tomar las riendas del asunto, sentir que me está yendo mejor”

Autoaceptación con los pacientes (satisfacción con lo logrado, reconocimiento de capacidades y debilidades al estar frente a sus pacientes)

En este caso, la mayoría dijo que se sentía medianamente satisfecho con lo logrado con sus pacientes, o con lo que es capaz de abordar en la salud de los mismos.

“Con muchos de ellos me ha ido bastante bien...eh... con otros pues desafortunadamente... bueno pues se hace lo que está al alcance y hay veces que no es suficiente, pero pues en general pues si doy todo, entonces...”

“Ahí si regular... a veces no nos dan las herramientas suficientes para saber cómo abordar a ese paciente... Pero a veces nos piden cosas que están fuera de nuestras manos, o nos piden cosas como por partes, o sea, no hay un abordaje integral hacia el paciente. Entonces eso a nosotros nos retrasa y el paciente obviamente pues eso le retrasa el diagnóstico, el tratamiento, cirugía o lo que tenga que ver...”

“Yo creo que ahí si pudiera ser un poco más... en realidad no estoy tan satisfecho, regular. Porque a veces el tiempo que no me permite tener una buena relación”

“Pues no todas, o sea si soy capaz de manejar diversas situaciones con los pacientes, se puede decir que la mayoría, pero hay situaciones en las que se me complica, porque a mí me es difícil por ejemplo dar un mal diagnóstico, entonces es complicado. Entonces siento no ser capaz todavía de abordar totalmente ese tipo de situaciones”

Autonomía en lo familiar (toma de decisiones en el contexto familiar)

En su mayoría mencionaron que cuando se trataba de tomar decisiones que fueran para beneficio meramente personal escuchaban los consejos de la familia, fueran padres o cónyuge, pero ellos a final de cuentas eran quienes tomaban la decisión.

“Pues es que lo hablé con ellos, entonces pues si sí tomo la opinión de mi familia”

“No pues ya cada quien toma sus decisiones porque ya todos vivimos separados.”

“Siempre platico con mi esposa, siempre hacemos un consenso, y buscamos pros y contras a cada opción y esas la que decidimos, pero siempre en pareja”

” Siempre me han tomado en cuenta, yo creo que a todos no solo a mi... este, siempre a la hora de tomar una decisión que sea importante... porque yo obedezco todavía reglas de mi casa...pero siempre que se debe tomar alguna decisión importante siempre se toma en cuenta mi opinión. Yo siento que es una opinión de peso, es muy importante lo que yo pueda opinar al respecto”

“Bueno pues yo les comento y pues ahí les voy avisando que voy hacer tal cosa, como ya no me mantienen y ya ni vivo con ellos pues ya no tienen jurisdicción”

Autonomía en lo académico (toma de decisiones en el contexto formativo)

La mayor parte mencionó que las decisiones que tienen que ver con su formación profesional dentro de dicho contexto las toman escuchando la opinión de los ellos consideran son los expertos, pero porque así lo eligen no porque sea una imposición.

“Busco a la persona más experimentada que conozco y le pregunto”

“Generalmente... a quien ya paso por esto, a quien ya tiene experiencia de esta decisión que yo voy a tomar”

“Ella ha estado presente ,me ha estado marcando el paso, molestándome, si así se puede decir, vigilando, sobres, este para que agarre el camino y esté ahí dando más y más, entonces si académicamente se puede decir algo si entonces es ella la Prof. Titular”

“Bueno ahorita como residente es complicado porque estoy bajo la sombra de alguien más, entonces las decisiones no las tomo yo, muchos médicos nos da la confianza de tomar esas decisiones y avalan lo que nosotros decidimos, otros tantos no, y pues no los juzgo, están en todo su derecho, pero yo siento que lo mismo esos médicos que nos dan la confianza pues también alentar a que tengamos un mejor desarrollo como profesionistas, o al menos en mi caso”

Autonomía con los pacientes (Toma de decisiones en la atención a sus pacientes).

Todos mencionaron que las decisiones con la atención a los pacientes no las toman por sí solos, sino que dependiendo del año que cursan ellos hacen la primera valoración, se la comentan al residente de año superior, éste se la comenta al adscrito y él dice la última palabra.

“Generalmente lo que nosotros utilizamos aquí en medicina son terapéutica basada en evidencias, entonces cuando es eso busco que hay de referencia la literatura, ... Porque la verdad es que se publican miles de artículos a diario, entonces casi para cada cosa muy específica ya hay algo publicado se ocurre la des fortuna de que no hay nada, recorro a la persona más experimentada que conozca en cuanto al tema, y le pido una orientación”

“Bueno ahorita no tenemos jefes de residentes por situaciones de que no se pudo... no hubo quien cubriera todas las necesidades para ser un jefe de residentes. Entonces ahorita se están turnando mis otros dos compañeros de la misma jerarquía, R2, ellos son los coordinadores de todos los demás, entonces las decisiones las toman ellos, basadas en que platican primero con el médico titular, y con el jefe de servicio, y dependiendo de eso...”

“Depende de la decisión que haya que tomar. Si es una decisión que yo haya tomado con otros pacientes--- por ejemplo, al decidir con un estudio, si ya tengo experiencia lo hago yo solo, si es algo nuevo para mí, porque todavía estoy en proceso de adiestramiento, si pido el apoyo a alguien más, de algún médico adscrito, por ejemplo del servicio en el que yo esté rotando...”

“Bueno antes que nada siempre tomo en cuenta lo que ellos me dicen”

“Bueno aquí se comenta el caso con el médico tratante. Aquí sí ya con los pacientes yo no soy el médico a cargo, y se comenta con el doctor. Hay veces que los fines de semana no hay adscrito, y estoy yo, y entonces se hace lo que yo creo prudente, nada más le comenté al subdirector y pues ya si me da el visto bueno, pues, sino que me digan qué hacer o que llame a un internista si no está de acuerdo con lo que yo digo. Pero entre semana el médico tratante”

Dominio del entorno en lo académico (Capacidad de sacar el mayor provecho /descripción del contexto formativo).

Todos consideran que el contexto en el que laboran es muy estresante, ya que son pocas horas las que tienen para descansar o hacer vida social. Mencionan que se la viven en el hospital cubriendo guardias o en clases. Sin embargo, era lo esperado y les consuela saber que solo es por un periodo de tiempo que acaba.

“...es un ambiente de tensión, de alguna manera no puede ser perfecto”

“No pues los adscritos respetan mucho las jerarquías, o sea, siempre es “no pues tú avísale tu R3, o tu R3 es el que tiene que decir”, entonces las jerarquías se respetan mucho aquí en el hospital. Entonces los adscritos pues prácticamente, pues únicamente lo que te piden para sus salas, no, o sea, que estudies, que hagas lo que tienes que hacer en esas salas en el momento en el que estás rotando, pero así mandarnos y esas cosas, pues no”

“Bueno, yo en el momento en que entre aquí realmente pensaba que iba a ser un posgrado un poco más sencillo, este, fue algo complicado. Y estar entrando en esto ha sido algo complicado”.

“...pero la situación es que yo no estaba acostumbrado a hacer guardias, a desvelarme, a tener otra vez un ritmo de estudio así con una carga académica de esa magnitud, entonces, nuevamente la adaptación ha sido complicada además el cambio de ciudad, el que en la ciudad donde estaba tenemos un clima diferente, muchas cosas. Las personas de las que me rodeaba y aquí llegué sin tener amigos, sin tener nada. Entonces ha sido un cambio complicado, pero ahí vamos”

“Mi miedo de entrar a la residencia era que siempre decía yo no voy a poder con las guardias, en el internado estuve así tres años fatales y bueno hasta ahorita ha pasado ya una cuarta parte del primer año de residencia y siento que todavía estoy muy bien como para poder seguir”

“...porque pues, porque las guardias te matan y eso limita tu capacidad de aprendizaje, definitivamente. Pero bueno es parte del sistema que hay que hacer guardias, pero en mi opinión podrían espaciarse un poco más y eso podría aumentar la capacidad de estudio que tenemos”

“...pero el problema aquí es la normatividad del hospital, o sea nosotros como médicos becarios no tenemos la capacidad administrativa de poder ingresar o egresar a una paciente, entonces es algo complicado porque alguien tiene que firmar o respaldar las decisiones que tomamos, y nadie se quiere hacer responsable, eso sí es verdad”

“...entonces ese tipo de situaciones pues te va pegando, no duermes, y si no duermes pues tu salud mental se ve alterada por que tienes mayor tendencia a tener un estado de ánimo decaído y eso pues obviamente afecta pues tanto en la calidad de aprendizaje como de atención hacia los pacientes”

“...de hecho desde el viernes estoy aquí y sólo he ido dos veces a mi casa a bañarme, que aquí me puedo bañar, pero apenas ayer me quede en mi casa desde el viernes. Porque me encanta estar aquí en el hospital, pero ya era justo ir a descansar un rato”

“...Si bueno, a veces ellas lloran, nosotros no lloramos... No porque me nos hayan regañado tanto, pero si siento que ellas son más sensibles a los regaños. Pero no se apiadan porque eres mujer o porque eres hombre o porque eres familiar de alguien, te dan con todo”

“...o lo que queremos y tenemos que concluir y aguantar para poder lograr lo que queríamos. Es algo que (risas) es imposible que de la noche a la mañana se cambie... Los horarios, o hacer guardias A, B, C, D... Ya sabíamos a qué veníamos...”

Dominio del entorno con los pacientes (Capacidad de sacar el mayor provecho /descripción del contexto de su relación con los pacientes).

La mayoría se siente medianamente satisfecha dentro del ambiente con los pacientes, ya que hay casos en los que la institución los pone de malas por las largas horas de espera o porque no hubo el medicamento y cuando llegan con los residentes son groseros y exigentes. Mencionan que la gran carga laboral en ocasiones provoca que ellos ya no conozcan a su paciente como deberían, que se limiten a dar la consulta y el tratamiento para poder tener tiempo de atender a todos los demás pacientes.

“Tensión en el sentido de que tenemos pacientes graves y que nunca nos podemos relajar ni bajar la guardia.”

“Entonces sí es mucha carga, y a veces sí, o sea si te cansas, o sea es muy buena, pero si es bastante cansada”

“La verdad es que la saturación del hospital es mucha, o sea realmente son muchísimos pacientes. Yo ahorita que vengo de rotar de un hospital que relativamente es más grande en México no ve la cantidad de pacientes que nosotros vemos”

Relaciones positivas en lo familiar.

En su mayoría mencionaron que las relaciones con su familia fueran padres, hermanos o cónyuge son buenos. Que existe comprensión y apoyo para que puedan estudiar la especialidad.

“Muy buenas diría yo. No tengo problema con nadie y nadie está peleado con nadie”

“Tengo bastante apoyo en mi casa como para despreocuparme y poder dedicarme al estudio”

“No pues a que hay buena comunicación, o sea dentro de mi familia, y yo siento que nos llevamos muy bien y pues hay confianza. Más que nada pues con mi pareja, que es mi familia inmediata, y pues, con mi madre y todo bien, al igual Hay una buena relación”

“Yo diría que son excelentes, realmente no hay así como una problemática, o al menos en este momento no. Como todas las familias de repente caen en crisis, pero creo que existen muchos factores que nos ayudan a salir adelante...”

Relaciones positivas en lo académico.

La mayoría dijo que las relaciones entre compañeros, maestros y adscritos son de respeto. Sin embargo, no están a gusto con el hecho de las jerarquías entre los mismos compañeros, que los años superiores tengan poder sobre ellos para llamarles la atención o pedirles cosas. Mencionan que en ocasiones se les llama la atención por sus errores y que además se están haciendo conscientes que así lo deberán hacer con los residentes de menor año.

“Bien, la relación es cordial”

“... es un ambiente de tensión, de alguna manera no puede ser perfecto, pero...”

“Obviamente pues hay a veces disgustos, o a veces la misma convivencia pues nos hace pues tener ciertos roces, o incluso a veces eso hace ese pleito de las jerarquías, de por qué me manda fulano, o por qué a mí no me dejan decidir, o porque aquí sí, y de ciertas situaciones que a veces quedan... a veces si es un poquito complicado, pero yo entiendo que es parte de la residencia, que son tres años y que final de cuentas son jerarquías, o niveles jerárquicos que se
 “establecieron desde hace mucho tiempo”

... Tanto el hecho de que una persona lleve un año más que tu, sea o esté avalada para utilizar el poder momentáneo que tienen para ponerte hacer ciertas cosas, para mandarte hacer ciertas cosas, entonces...”

“...pero todos nos hemos acoplado aquí dentro del hospital se tiene que llevar cierto orden, aunque por fuera seamos los mejores amigos o lo que sea, pero si existe esa línea que delimita lo que es lo personal de lo laboral y obviamente pues ciertas discordancias, en cuanto a veces, no pues llego tarde, si pues llegaste tarde ahora te toca esto, y no pues es que es mi cuate y pues no pues le toca”

“En general buenas, excelentes, solo con ciertas personas...”

“Bien, todos nos llevamos muy bien entre los residentes...los nuevos internos que acaban de llegar...ahorita el piso está un poco desordenado por eso, pero ahí vamos a ir agarrando poco a poco para que fluya todo como estaba antes”

Relaciones positivas con los pacientes

Algunos mencionan que las relaciones son buenas con sus pacientes y otros que son regulares, pero asignando la responsabilidad de esto a factores externos como la carga de trabajo o la actitud de los pacientes.

“O sea son buenas. Intentamos siempre ser lo más cordiales con ellos, aunque a veces hay que entender están en un ambiente de estrés, que no es su casa... Se les explica... Realmente ellos están de malas y hay que entenderlos...”

“Cuando es más rápido porque hay mucha carga de trabajo, a veces siento que las relaciones no son tan buenas como yo quisiera. Pero en general cuando hay el tiempo son muy buenas”

“Bien, en su mayoría bien. Al menos que el paciente no esté cooperador y los familiares también con los procedimientos que nosotros solicitemos. Pues si me frustró un poco, porque les explicamos que necesitan el estudio y no aceptan.”

Crecimiento personal

Todos consideran que la residencia médica les favorece en su crecimiento como persona.

“Pues bastante bien, digo todo va de la mano, por toda esta situación familiar y todo el entorno que me envuelve que ha sido bastante positivo, pues ha dejado que tenga un buen crecimiento y que siga creciendo como persona, no he tenido ningún problema con eso”

“Como persona pues yo creo que buena, ahora sí, me están enseñando a disciplinarme bastante, ya soy un poco más formal y cumplidor en mis tareas”

“Sí, y pues se refleja afuera, llevas más orden, y disciplina ja”

“Yo pienso que ha sido muy bueno, que a través de la especialidad yo he aprendido muchas estrategias, yo he aprendido lo que es la convivencia, he tenido una mejor formación académica comprendo más el porqué de las cosas”

“Pues no existe excelente, todos tenemos problemas, pero siento que ha sido buena, pues he aprendido muchas cosas, de todo se aprende, de los errores, ahora sí que, de los buenos resultados, de todo se aprende, entonces creo que lo bueno o lo malo pues lo he utilizado para seguir adelante”

Propósito en la vida en lo familiar o personal/ académico o laboral.

La mayoría consideró tener planes claros. Algunos mencionan que una vez concluida la especialidad desean formar una familia. Los que ya tienen cónyuge e hijos mencionan planes de establecerse en algún lugar y construir una casa. También mencionan que dentro de sus próximos planes está hacer otra especialidad.

“Bueno, planes ahorita a corto plazo, el nacimiento de mi hija. Ya tengo todo planeado para eso”

“Estamos construyendo nuestra casa, está ya como la mitad.

“... y pues sí, también formar una familia”

“Me gustaría entrar a dermatología.”

“Pues en un futuro un poquito lejano, no estamos hablando así de unos meses, sino ya después del posgrado. A mí me gustaría continuar estudiando, hacer otra especialidad al terminar medicina familiar”

“Si, quiero ser cardiólogo, no pienso terminar medicina interna, voy a hacer dos años de medicina interna, son cuatro, pero yo no lo voy a terminar, voy a hacer dos y tres de cardiología”

“Bueno, pues terminaré lo que estás, por ejemplo yo que soy R2, pues terminar, a corto plazo, a mediano plazo terminar medicina interna y a largo plazo pues hacer una subespecialidad”

“Pues después de todo esto, yo quiero hacer diplomado en geriatría y aplicarlo aparte del familiar... Y no sólo la geriatría sin aplicar los diferentes grupos de edad, si considero que por ese lado a nosotros como médico familiar nos hace falta desarrollar también la parte privada, entonces también eso sería algo que a mí me gustaría realizar”

Significados de la empatía

La definición que ellos dan sobre empatía está más relacionada con el aspecto cognitivo, el darse cuenta de, entender el contexto de la persona y los sentimientos de la misma. Para ellos la empatía implica el trato con respeto, cordialidad y humanismo hacia el paciente. Implica un proceso de comunicación en el que al paciente se le escucha con atención y se le explica detalladamente su situación de salud y su tratamiento. Consideran que a través de la empatía logran tranquilizar a los pacientes en el caso que sea necesario, de tal forma que no se vea más afectada su salud, logrando que el paciente le tenga confianza al médico y por lo tanto siga sus indicaciones para el restablecimiento de su salud. Consideran que la empatía implica conocer a su paciente en todo el contexto para identificar si hay algo no solamente físico que pudiera estar afectando su salud.

“Sería lograr entender el contexto y todo lo que otra persona está sintiendo”

“inicialmente desde presentarse con el paciente, tranquilizarlo si vemos que el paciente está inseguro, o si es que el paciente tiene alguna preocupación”

“... y bueno en general tratar de que el paciente se encuentre lo más cercano a su estado basal posible, porque cualquier alteración en la psique que se manifieste como alteración en el estado físico del paciente nos va a afectar tanto la comunicación como la terapéutica”.

... o bueno tratar de ponerte en la situación de que en ese momento esté la persona con la que estás...

“... lo menos que nosotros podemos hacer es que si ya el paciente se siente mal, o que ya lo regañaron porque vino hasta ahorita, o a esta ahora, o lo que sea, o si tiene alguna pérdida de algún miembro de su cuerpo, de algún familiar o incluso que se le dé la mala noticia de que va a morir pronto por algún tipo de enfermedad, por lo menos que podemos hacer es ser amables con ellos, tratarlos bien, hablarles con respecto”

“Bueno pues yo creo que el respeto en cuanto a la patología o al dolor del paciente”

“...simplemente con el hecho de que hagas caso a lo que el paciente está refiriendo, aunque no tenga nada que ver con lo que dijeron los clínicos

“Entonces más que nada tratar de orientar, de decir yo entiendo que tienes dolor y hay que hacer esto esto y esto. O sea, que se vaya de la consulta y que crea en ti”

“Tratar al paciente con humanismo y olvidarse de muchas otras situaciones, olvidarse a veces de la ciencia...

“... ponerse en su lugar y entender el sufrimiento del paciente y darle la orientación y el trato que realmente él esperaría del médico”.

“A veces con un chiste, bromear con algo, platicar sobre el clima o por algo que veas que es una afición del paciente, eso puede ser que se cree una buena relación y que haya empatía”.

“...después de ponerte en su lugar, y entenderla, y darle un consejo y entonces si a partir de ahí construir un lazo”

“...entonces colocarnos en el lugar del paciente”.

“Es como ponerse en los zapatos del otro...bueno también valorar los sentimientos que tenga los familiares o el paciente”

“...la mayoría aquí si veo que en medicina interna si dan informes, veo que tratan de tener empatía con todos los pacientes”

“...la comunicación, aquí hay que informar al paciente, decirle la verdad, usted tiene esto, esta grave, pero vamos a hacer todo lo posible. Siempre hay que tener buena comunicación con los familiares y con los pacientes, decirles todo siempre la verdad, no ocultarles nada”.

“es poder entender al paciente, que está sintiendo en ese momento que acude con nosotros “

“... ir investigando todo lo que está a su alrededor y ver por qué no se está controlando. Entonces yo creo que ahí entra la empatía, realmente ponerme en su lugar, como es su definición. Ponerme en los zapatos de esta persona”

“...hacer una intervención en un paciente que incluya todos los aspectos, no nada más el médico”

“...sino tratar de enfocarlo o dar el enfoque biopsicosocial”

“Empatía, es como, establecer una comunicación... Por ejemplo, con el paciente, pues, eso establecer una adecuada comunicación, sentirme afin a lo que él siente, y pues que él sienta que en verdad estoy interesado en él”

“...sería el poder identificar los sentimientos que tiene el paciente en el momento en el que va a la consulta”

“... que sea capaz de resolver sus problemas, de entender y comprender, para que lo pueda ayudar y no solamente de algún problema de origen de una enfermedad como tal, de un origen orgánico, sino también de poder ayudar en algún otro problema que pudiera tener y que pudiera estar desencadenando la enfermedad en el paciente”

“Empatía para mí es ponerse del lado de la persona, exponerte los zapatos. Tratar de entender cuál es su padecimiento o lo que está sintiendo en ese momento. Tratar de entenderlo, y tratar un poco de sentirlo, ponerte en el lugar de la otra persona”

Importancia de la aplicación de la empatía

La mayoría mencionaron que gracias a un trato basado en la empatía se puede lograr que el paciente se sienta en confianza y por lo tanto se comprometen con mayor seguridad en la recuperación de su salud. Así mismo, les ayuda a conocer el contexto de su paciente y poder identificar los factores implicados en el control de la enfermedad.

“Si nosotros tenemos empatía y los familiares ven eso o el mismo paciente ve eso, a pesar del tratamiento pues se pueden curar. O sea, le echa más ganas el paciente, pues está más contento con nosotros, o sea hay diferentes... Si influye eso, que el paciente vea que tú te estás esforzando, que lo comprendes, eso sí influye en el resultado final de la enfermedad del paciente”

“para entender por qué no se controlan”

“Muchas veces son pacientes que le platican todo y otras veces son muy callados, y yo pienso que entre más confianza le tengan al paciente, más empático sean, más le transmitirán lo que el paciente siente.”

“Si hay una buena relación el paciente lo que uno le diga eso hace. Yo creo que eso hace que confieren ti a ciegas si ve que no, como que titubea no va a confiar en ti iba a buscar alguien más”

“Sirve para poder tener una comunicación efectiva, número uno, y número dos para poder crear ciertas técnicas y ciertas estrategias de trabajo y de terapéutica con los pacientes”

Aplicación de la empatía (el reflejo de la atención que llevan a cabo basada en la empatía)

Mostraron que al atender a sus pacientes lo hacen con cordialidad, respeto, considerando su ambiente y hablándoles y explicándoles lo necesario según sea el caso.

“Intentamos siempre ser lo más cordiales con ellos, aunque a veces hay que entender están en un ambiente de estrés, que no es su casa... Se les explica... Realmente ellos están de malas y hay que entenderlos...”

“Saber escuchar lo que te está tratando de decir el paciente, tratar de prestar atención a lenguaje no verbal, también es muy importante, porque veces el paciente puede no querer hablarte y evita la mirada entonces ahí puedes empezar a pensar en otras cosas”

“Bueno una, que tanto el médico como el paciente tenga la suficiente confianza de decirse las cosas, y así pues el paciente obedece en cuanto al tratamiento, lleva una secuencia, obedece, o sea eso, lleva un buen apego y eso quiere decir que le diste la suficiente confianza para realizar bien su tratamiento, sólo eso”

“... esa parte vivencial, esa parte humana de que te tienes que dirigir a un ser humano y no un paciente como un número. Esa es una como de las principales características que nosotros llegamos a tener”

“Pues que hay un cambio de actitud en el paciente. Tú estás observando que la paciente está más tranquila. O que llegó más alterada pero que cambió su actitud y hasta más tranquila, está siendo más amable, te das cuenta que el médico que la trató la trató bien, o sea que se puso en su lugar, le resolvió sus dudas, que platico con ella, que pues la ayudó”

“Pues que escuches al paciente, que en cuanto llegue, pues le des la atención que necesita, que le resuelva sus dudas, o sea, no sólo resolverle el aspecto médico, sino el aspecto emocional, que realmente si ayuda. Al menos en mi servicio las pacientes que siempre llegan con dolor, que están en trabajo de parto, pues si ayuda mucho hablar con ellas”

Relación entre la salud mental y empatía

En general todos consideraron que sí existe una relación entre su estado de salud mental y el trato que le puedan brindar a los pacientes, considerando que éstos también son seres humanos que sienten y se ven afectados por diferentes situaciones.

“...probablemente si... bueno no probablemente, muy seguramente si”

“...porque muchas veces cuando no estás en un buen estado de ánimo... que no debería de ser así, pero muchas veces las personas no podemos estar exentas de sufrir alguna dolencia o alguna situación que te impida o te dificulte, más bien, poder comunicarte o poder prestarle toda la atención que tú quisieras”

“su médico trabaja mucho pues tiene problemas, porque no llega su casa, porque no pone atención a su esposa, no pone atención a sus hijos, no sale con sus amigos. En fin hay muchas situaciones que van alterando la salud mental del médico, y eso también afecta la calidad de atención que se le puede brindar a un paciente”

“Digo un profesional de la salud debería poder separar perfectamente un problema de este tipo, digo algún tipo de depresión, algún problema que lo aqueje, para poder atender bien a la gente. Pero la verdad es que muchas veces es complicado hacerlo, entonces desde luego que afecta la calidad de la atención que se brinda los pacientes”

“Sí, por supuesto...”

“...bueno así en los pacientes ya más graves pues ya no, pero en los que si son rescatables si debe de influir el estado de los doctores, como vengán”

“Sí, claro que sí, pues si me siento mal seguramente no voy a querer ni hablar, no voy a tener una buena comunicación con mi paciente, si me siento bien, mejor comunicación, mejor relación”

Factores externos que influyen en la empatía

Todos mencionaron que los principales factores que ellos consideran afectan a la empatía son externos, es decir, cuestiones relacionadas a las instituciones de salud y a la calidad de atención que brindan, a la actitud con la llegan los pacientes y a la cantidad de pacientes que deben atender.

“Por el exceso de trabajo que tienen los médicos que en ocasiones pues el paciente se queja no, no pues es que tal médico me trató mal, ni siquiera me hizo caso, ni siquiera me tocó, yo creo que es la carga de trabajo”

“...entonces el paciente pues también se pone un poco, este... obviamente, no altanero, pero si en una posición rígida, de que es que por qué, o lo exigen no, pero pues yo creo que también es por eso no unto el hecho de que también son pacientes que a veces no tienen los recursos económicos como para venir a la hora que sea, o perder todo ese tiempo o ese dinero...”

“Yo creo que sí, la convivencia con sus compañeros o con sus médicos adscritos o en general con los pacientes de cierta manera te van a dejar experiencias buenas o experiencias malas que iguales y se pueden ver reflejadas en la atención de un paciente, pero mucho también depende de cuál es la directriz que tú tengas, que ahora sí que algunos eventos malos que te pudiesen llegar a pasar tu no los quieras tras polar a la atención con el paciente”

“Como todo, a veces existe demasiada carga de trabajo, a veces que no te da como tanto tiempo... ahora sí que... de tratarlos... No porque los trates mal, pero a veces sí es difícil o

ponerse en el lugar de cada uno y más de las pacientes, y más en el servicio de ginecología, sí es como muy complicado, bueno así lo siento”

“Cuando hay poca carga de trabajo, igual como que te abocas más a una paciente, tratas de platicar con ella, de preguntarle cómo se siente, de tratarla de hacerla sentir mejor. Pero cuando hay mucha carga, si es como difícil estar como... en ese sentido sí, llenar ese punto a mí como que se me complica un poco”

Factores internos que influyen en la empatía.

Algunos mencionaron problemas familiares o del ambiente laboral, lo que provoca estrés o el cansancio físico en el médico, por lo que la empatía se ve afectada. También mencionan su capacidad como médico de escuchar y observar.

“Saber escuchar lo que te está tratando de decir el paciente...”

“...y a veces el estrés que manejas pues estás de malas, que no has comido, que te duele la cabeza o a veces tú estás enfermo, y te sientes mal, y tienes que venir y a lo mejor en esos cinco minutos te agarro el paciente y tú de malas”.

“Bueno pues más que nada que haya una disposición de mi parte...”

“Yo creo que sí, la convivencia con sus compañeros o con sus médicos adscritos o en general con los pacientes de cierta manera te van a dejar experiencias buenas o experiencias malas que iguales y se pueden ver reflejadas en la atención de un paciente, pero mucho también depende de cuál es la directriz que tú tengas, que ahora sí que algunos eventos malos que te pudiesen llegar a pasar tu no los quieras tras pasar a la atención con el paciente”

“Las creencias que pudieras llegar a tener acto de algo, por ejemplo... En el caso de los métodos de planificación familiar, pasa mucho, hay muchos médicos que algunos métodos de planificación familiar van a ocasionar muchos destrozos en el caso de las pacientes, y no es así. Entonces, eso a lo mejor, cuando alguna paciente llega buscando algún método de planificación familiar permita que tú de cierta manera estés a la defensiva y que no identifiques por completo la necesidad que a lo mejor la paciente, que está solicitándote el método, tenga, y tú digas ¡ah no!, yo le voy a dar tal cosa, porque yo creo... que no debería de ser así porque la medicina no

debería estar basada en la experiencia ni en las creencias sino más bien en una literatura, pero si considero que eso pudiera llegar a afectar”

“Muchas veces está de post guardia y te quedas en el servicio, bueno la tococirugía que donde llegan las pacientes, estás con mucho sueño y realmente... Y llegan, y pues ya no te dan ganas de hablar con la paciente, o a veces hay demasiado trabajo y estás estresada y lo que quieres es ya sacar el trabajo, porque lleva centrar un procedimiento y no has hecho los ingresos, y pues sin otros ingresos no avanzas... O sea, tiene que haber indicaciones, y en esas indicaciones pues las enfermeras no les ponen el medicamento, o no les dan las soluciones, o tal cosa no. Entonces a veces es stress, pues no te permite darte el tiempo para lograr esa empatía con los pacientes”.

Diferencias en comparación con el inicio del curso.

Mencionan que con el tiempo el cansancio es mayor y a su vez se acumula, sin embargo, los residentes se ven en la necesidad de adaptarse al considerarlo como parte de su formación.

“Yo pienso que bien, un poco más cansado que cuando empecé, pero es parte de...”

“Entonces yo ahorita me siento bastante satisfecha con todo lo que he aprendido. O sea con la rotación que tuve a México te das cuenta que el nivel de exigencia que nosotros tenemos aquí, nos sirve para cuando nosotros vamos allá no te asombras o no hay ese sentimiento de a lo mejor de incompetencia. Yo allá llegue utilizar equipos mucho más sofisticados que los de aquí pero llegas allá a reforzar lo que ya sabes, y el hecho de que te feliciten o que te busquen los adscritos para que tú intérpretes o veas a un paciente y llegas aquí orgulloso”

“de hecho ahorita estamos probando un nuevo sistema en cuanto a guardias, y es un poquito más pesado, es de estar un poco de más tiempo en el hospital, pero creo que nos ha funcionado”

“... porque hay un poco más de carga de trabajo, porque por el momento tenemos pocos adscritos, entonces nos quedamos nosotros como encargados de los servicios, entonces ya no rotamos...”

“Por eso si le comentaba que nos permiten ser un poquito más libres en el área, pues obviamente nos ayuda más como formar más criterio en cuanto a la valoración del paciente”

“Ahorita hay una mayor disciplina con los R1, pero pues ahorita ya van a tener alguien más a su cargo en dos meses, no, entonces como que si le estamos apretando en cuanto a leer artículos,

que sus clases tienen que estar mejor preparadas, hacer más preguntas dentro de las clases en relación a cómo van a tratar a sus R1, entonces si hay un poquito más de presión para que estén preparados tanto psicológicamente como profesionalmente para ya hacer ellos una guardia con una persona que va a entrar sin saber, y que aparte ellos van a tener que enseñarle. Porque la residencia es así tu entras y no sabes nada, ni del personal, ni de las broncas que a veces tienen entre los servicios o compañeros, o médicos, y así. Entonces entras a un mundo completamente diferente donde tú único apoyo pues el R2. Entonces sí los estamos presionando, sobre todo que si tiene que echarle un poquito más de ganas, y ser un poquito más responsables”

“...entonces ha sido un buen año, mejor que el año pasado, porque era R1 y entonces si te frustra el hecho de que no sepas ver una cosa, o que dices algo y de repente lo sesionan enfrente de todos y resulta que no era”

“El cansancio se ha acumulado, pero bastante bien

4.3 Comparación de resultados cuantitativos y cualitativos

Los resultados que a continuación se presentan en las tablas, reflejan los fragmentos del discurso más representativos que los participantes refieren (Tabla 16).

Tabla 15

Comparación de resultados cuantitativos con cualitativos

Resultados cuantitativos					Resultados cualitativos	Comparación
R1/medicina familiar/clínica 66. Bienestar psicológico					<p>Sus puntajes de BP global en el primer momento estuvieron por encima de la media de la muestra, en un segundo momento, disminuyeron, pero continuaron por encima de la media.</p> <p>Sus puntajes por dimensión estuvieron por encima de la media, excepto en autonomía y crecimiento personal, ya que se encontraron por debajo de la media en los dos momentos y relaciones positivas, que disminuyó para el segundo momento.</p> <p>Autonomía: en su discurso se refleja ausencia de toma de decisiones, ya que, en lo referente a su profesión, son las jefas de enseñanza las que lo hacen por él y en relación con los pacientes, son los médicos adscritos quienes las toman.</p> <p><i>“la doctora L, ella ha estado presente me ha estado marcando el paso, molestándome, si así se puede decir, vigilando... este, para que agarre el camino y esté ahí dando más y más”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “ese tipo de decisiones las toman quiénes son mis jefas de enseñanza”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “...porque siempre estamos ante la decisión del médico que casi siempre está cargo, entonces obviamente no tenemos total libertad para poder hacer o tomar alguna decisión”.</i></p> <p>Autoaceptación: en su discurso se refleja estar consciente y aceptar sus habilidades y debilidades, sobre todo en el trato con sus pacientes.</p>	<p>Los puntajes obtenidos en bienestar psicológico global y por dimensión, al cruzarlos con el análisis del discurso, confirma dichos puntajes en la mayoría de las dimensiones, excepto en dominio del entorno, ya que su discurso refleja inconformidad con la carga laboral, al mencionar que dormir poco y no tener tiempo para esparcimiento, afecta su capacidad de aprendizaje; en el segundo momento de relaciones positivas, donde además de ir en contra del comportamiento de la media de la población (la cual aumentó seis meses después), su discurso descarta su puntuación, ya que él menciona estar muy conforme con las relaciones con sus compañeros y el apoyo de sus jefas de enseñanza.</p>
Variable	1er	Media de la muestra	2do	Media		
BP Global	156	149.967(±17.1295)	149	152.3000 (±21.22383)		
Autonomía y crecimiento personal	44	47.783 (±8.5034)	47	48.033(±9.7620)		
Autoaceptación	73	69.0833(±6.285)	69	69.1667(±7.8355)		
Dominio del entorno	17	15.000(±2.1706)	16	15.4667(±2.5609)		
Relaciones positivas	22	18.1000(±4.5610)	17	19.583(±5300)		

	<p><i>RI/MF/66 “porque puedo darme cuenta que la formación que he tenido ha sido no tan mala, y eso me da confianza en mí mismo”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “Pues todavía no desarrollo en su totalidad esas habilidades”</i></p> <p>Dominio del entorno: menciona guardias pesadas, falta de tiempo para dormir y para relaciones sociales. Hay un trato con respeto de los adscritos para con ellos.</p> <p><i>RI/MF/66 “yo en el momento en que entre aquí realmente pensaba que iba a ser un posgrado un poco más sencillo, este, fue algo complicado. Y estar entrando en esto ha sido algo complicado”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “entonces, nuevamente la adaptación ha sido complicada además el cambio de ciudad, el que en la ciudad donde estaba tenemos un clima diferente, muchas cosas”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “... la carga académica hay veces que deveras se siente que ya no se puede, se te va de las manos algo y estás, a ver, ¿qué es lo que tenía que hacer?... estas preocupado siempre. O sea, a veces que llegas a tener un día a la semana que no tienes que entregar tarea al otro día y dices, ¡ay! ¿no se me está escapando algo?, entonces si sientes una carga académica, que la verdad si está algo, pesado y complicado, extenuante...”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “Realmente si algo puede alterar mi salud mental es eso, siempre se me ha hecho muy extenuante la situación de las guardias”</i></p> <p><i>RI/MF/66 “...las guardias te matan y eso limita tu capacidad de aprendizaje, definitivamente. Pero bueno es parte del sistema hacer guardias, pero en mi opinión podrían espaciarse un poco más y</i></p>	
--	--	--

					<p>eso podría aumentar la capacidad de estudio que tenemos”</p> <p>Relaciones positivas: menciona estar satisfecho con las relaciones con sus compañeros, maestros y adscritos.</p> <p><i>R1/MF/66</i> “Al menos aquí tengo ahora muy buenos amigos que son residentes de segundo año, muy buenos compañeros que son residentes de tercer año y tengo una buena relación”</p> <p><i>R1/MF/66</i> “...he mantenido buenas relaciones con mis compañeros con todos ellos, igual con las profesoras”</p>	
Variable	1er (puntaje obtenido)	Media	2do (puntaje obtenido)	Media	<p>Sus puntuaciones en los dos momentos estuvieron por encima de la media, tanto en empatía total como en los dos factores.</p> <p>En el discurso se identificaron fragmentos que reflejan una actitud empática con sus pacientes.</p> <p><i>R1/MF/66</i> “...de hecho la relación que tengo con mis pacientes es muy buena...”</p> <p><i>R1/MF/66</i> “...la manera en que pueda empatizar con ellos pues es bastante buena, siempre me queda la satisfacción de que te dan las gracias, de que te reconocen el trabajo que hiciste...”</p> <p>Comprensión</p> <p><i>En su discurso se observa que toma en cuenta lo que sus pacientes piensan y expresan; entiende su dolor y con base en ello actúa.</i></p> <p><i>R1/MF/66</i> “Bueno antes que nada siempre tomo en cuenta lo que ellos me dicen...”</p> <p><i>R1/MF/66</i> “Entonces más que nada se trata de orientar, de decir yo entiendo que tienes dolor y hay que hacer esto esto y esto. O sea que se vaya de la consulta y que crea en ti... Que vaya y que diga yo fui con el médico y confió en él”.</p>	<p>Los puntajes obtenidos en empatía global y por factor se ubicaron por encima de la media, y al cruzarlos con el análisis del discurso, confirma que el entrevistado muestra una actitud empática con sus pacientes.</p>
Empatía global	126	106.53(±17.332)	126	106.80 (±15.983)		
Comprensión	63	54.78(±9.273)	63	55.92(±7.727)		
Cuidados	63	51.75 (±10.057)	63	50.88(±10.521)		
R1/medicina familiar/clínica 66. Empatía						

	<p>Cuidados con compasión</p> <p>Su discurso refleja un trato humano</p> <p>R1/MF/66 “Tratar al paciente con humanismo y olvidarse de muchas otras situaciones, olvidarse a veces de la ciencia...”</p> <p>R1/MF/66 “Entender el sufrimiento del paciente y darle la orientación y el trato que realmente él esperaría del médico”</p> <p>R1/MF/66 “...que sea capaz de resolver sus problemas, de entender y comprender, para que lo pueda ayudar y no solamente de algún problema De origen de una enfermedad como tal de un origen orgánico, sino también de poder ayudar en algún otro problema que pudiera tener y que pudiera estar desencadenando la enfermedad en el paciente”</p>																															
<p>R2/medicina interna/CAE. Bienestar psicológico</p> <table border="1" data-bbox="147 1024 850 1398"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>1er</th> <th>Media</th> <th>2do</th> <th>Media</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>BP Global</i></td> <td>163</td> <td>149.967(±17.1295)</td> <td>160</td> <td>152.3000 (±21.22383)</td> </tr> <tr> <td><i>Autonomía y crecimiento personal</i></td> <td>55</td> <td>47.783 (±8.5034)</td> <td>55</td> <td>48.033(±9.7620)</td> </tr> <tr> <td><i>Autoaceptación</i></td> <td>70</td> <td>69.0833(±6.285)</td> <td>70</td> <td>69.1667(±7.8355)</td> </tr> <tr> <td><i>Dominio del entorno</i></td> <td>16</td> <td>15.000(±2.1706)</td> <td>13</td> <td>15.4667(±2.5609)</td> </tr> <tr> <td><i>Relaciones positivas</i></td> <td>22</td> <td>18.1000(±4.5610)</td> <td>22</td> <td>19.583(±5300)</td> </tr> </tbody> </table>	Variable	1er	Media	2do	Media	<i>BP Global</i>	163	149.967(±17.1295)	160	152.3000 (±21.22383)	<i>Autonomía y crecimiento personal</i>	55	47.783 (±8.5034)	55	48.033(±9.7620)	<i>Autoaceptación</i>	70	69.0833(±6.285)	70	69.1667(±7.8355)	<i>Dominio del entorno</i>	16	15.000(±2.1706)	13	15.4667(±2.5609)	<i>Relaciones positivas</i>	22	18.1000(±4.5610)	22	19.583(±5300)	<p>Casi al final de la primera entrevista expresó su preocupación, ya que sentía que lo que hablaba estaba siendo escuchado por las personas que estaban fuera del consultorio, por lo que para las últimas preguntas pidió bajar la voz, lo que indicó que todo el tiempo sus respuestas pudieron estar influidas por ello.</p> <p>R2/MI/CAE “Mmmm, (en voz baja) es que está la ventana abierta”</p> <p>Autonomía: sus puntuaciones estuvieron por encima de la media. En su discurso se observa que las decisiones, referentes a su formación y con los pacientes, las toma buscando apoyo de quién él considera como experto.</p> <p>R2/MI/CAE “Busco la persona más experimentada que conozco y le pregunto”.</p> <p>R2/MI/CAE “...recurso a la persona más experimentada que conozca en cuanto al tema, y le pido una orientación”.</p> <p>R2/MI/CAE “...somos un equipo de trabajo aquí, cuando a lo mejor no sabes cómo obtener la información puedes pedir la orientación de cómo</p>	<p>Los puntajes por encima de la media, obtenidos en las escalas, en la dimensión de autonomía, no coinciden al mencionar en su discurso que las decisiones se llevan a cabo con base en las indicaciones de terceras personas.</p> <p>En la dimensión de autoaceptación, las puntuaciones, casi en la media, coinciden al mencionar ser consciente de los puntos que aún deben mejorar y seis meses después, al reconocer que sus habilidades habían mejorado.</p> <p>Dominio del entorno fue la dimensión que más arrojó información, ya que disminuyó seis meses después, lo que</p>
Variable	1er	Media	2do	Media																												
<i>BP Global</i>	163	149.967(±17.1295)	160	152.3000 (±21.22383)																												
<i>Autonomía y crecimiento personal</i>	55	47.783 (±8.5034)	55	48.033(±9.7620)																												
<i>Autoaceptación</i>	70	69.0833(±6.285)	70	69.1667(±7.8355)																												
<i>Dominio del entorno</i>	16	15.000(±2.1706)	13	15.4667(±2.5609)																												
<i>Relaciones positivas</i>	22	18.1000(±4.5610)	22	19.583(±5300)																												

	<p><i>buscar específicamente la información que quieres”.</i></p> <p>Autoaceptación: puntuaciones por arriba de la media.</p> <p>En su discurso mencionó estar consciente de que aún le faltan habilidades que debe desarrollar.</p> <p>Seis meses después, mencionó haber mejorado sus habilidades en el trato con los pacientes.</p> <p>R2/MI/CAE <i>“Siempre se puede mejorar, pero me siento satisfecho en este momento. Claro tengo identificadas ciertas áreas en las que tenemos que trabajar más, pero en general me siento bien”.</i></p> <p>R2/MI/CAE <i>“Inexperiencia, al momento de llegar aquí al mejor me falta un poco de orientación, pero ya con el tiempo de estar aquí sé (inaudible) debo dedicarle más esfuerzo”</i></p> <p>Dominio del entorno: en el primer momento estaba por encima de la media, en el segundo disminuyó hasta llegar a estar debajo de la media.</p> <p>R2/MI/CAE <i>“...es un ambiente de tensión, de alguna manera no puede ser perfecto”</i></p> <p>R2/MI/CAE <i>“...De tensión. En el sentido de tenemos pacientes graves y que nunca nos podemos relajar ni bajar la guardia”.</i></p> <p>R2/MI/CAE <i>“Yo pienso que bien, un poco más cansado que cuando empecé, pero es parte de”.</i></p> <p>Relaciones positivas: en los dos momentos se mantuvo con el mismo puntaje por encima de la media.</p> <p>En su discurso mencionó que las relaciones son cordiales entre sus compañeros, profesores y adscritos.</p> <p>R2/MI/CAE <i>“Suficientemente buenas para hacer un buen papel, una buena residencia”</i></p>	<p>coincide con el discurso de tensión y cansancio en el que se encuentra.</p> <p>Los puntajes de relaciones positivas coinciden con sus discursos, ya que se muestran por encima de la media, y sus discursos reflejan relaciones de respeto y cordialidad, las necesarias para llevar a cabo su labor.</p> <p>Sin embargo, el comentario final que hizo, reflejo que se sentía escuchado en sus respuestas, lo que pudo haber influido de algún modo en las mímicas.</p>
--	---	--

Variable	1er (puntaje obtenido)	Media	2do (puntaje obtenido)	Media
Empatía global	108	106.53(±17.332)	108	106.80 (±15.983)
Comprensión	54	54.78(±9.273)	55	55.92(±7.727)
Cuidados	54	51.75 (±10.057)	53	50.88(±10.521)

R2/medicina interna/CAE. Empatía

En empatía global, sus valores se mantuvieron igual por encima de la media seis meses después.

R2/MI/CAE *“Con otros pues desafortunadamente, bueno pues se hace lo que está al alcance y hay veces que no es suficiente, pero pues en general pues si doy todo...”*

R2/MI/CAE *“para poder tener una comunicación efectiva, número uno y número dos para poder crear ciertas técnicas y ciertas estrategias de trabajo y de terapéutica con los pacientes”.*

Comprensión de las emociones: fue igual a la media que mostro seis meses después.

En su discurso menciona que la empatía implica entender al paciente para poder mejorar la comunicación.

R2/MI/CAE *intentamos siempre ser lo más cordiales con ellos, aunque a veces hay que entender están en un ambiente de estrés, que no es su casa... Se les explica... Realmente ellos están de malas y hay que entenderlos”*

R2/MI/CAE *“...sería lograr entender el contexto y todo lo que otra persona está sintiendo.*

R2/MI/CAE *“desde presentarse con el paciente, tranquilizarlo si vemos que el paciente está inseguro, o si es que el paciente tiene alguna preocupación”*

Cuidados con compasión:

Se mantuvo por encima de la media, aunque para el segundo momento disminuyó.

En su discurso menciona momentos en los que se debe adaptar a las circunstancias del paciente para darle el trato que amerite.

R2/MI/CAE *“pero nuestro deber es adaptarnos a como esos factores modifican la conducta del paciente y su estado anímico y sentimental”.*

En empatía, los resultados cualitativos confirman los cuantitativos, ya que se refleja un desconocimiento de lo que implica la empatía, inclinándose únicamente hacia la parte cognitiva (comprensión de las emociones...) y de sus implicaciones en la comunicación.

Cuidados con compasión no confirma el resultado cuantitativo, ya que él mencionó seis meses después, que se sentía con mayor habilidad para tratar a los pacientes.

4.4 Discusión de resultados

El estudio, desde la perspectiva de la psicología, positiva tuvo como finalidad identificar tanto la percepción como la posible relación entre los puntajes de bienestar psicológico y la empatía que se establece hacia los pacientes entre los médicos residentes.

En la muestra que participó en la primera aplicación, los resultados para bienestar psicológico reportaron puntuaciones que disminuyeron conforme avanzaba el año de residencia, de primero a cuarto año, siendo estos últimos los más bajos con diferencias estadísticamente significativas. Tales resultados van de la mano con lo reportado por otros estudios donde la aparición de ansiedad, depresión, estrés y burnout aumentan según año de estudios (Jiménez-López & Arenas-Osuna, Ángeles-Garay, 2015; Velásquez-Pérez et al., 2013). En este sentido, también se observan las puntuaciones de la empatía, las que de igual forma, presentaron una disminución conforme se avanzaba de año, y fueron nuevamente los de cuarto año quienes reflejaron las puntuaciones más bajas, con diferencias estadísticamente significativas. Muy semejante a lo encontrado en otras investigaciones en estudiantes de medicina, donde se observó la misma disminución de empatía conforme pasaban de año (Huarcaya-Victoria, & Rivera-Encinas, 2018; Esquerda et al., 2016; Hojat, 2004).

Ahora bien, tal situación podría explicarse considerando la evidencia que existe del contexto adverso al que los médicos en formación se exponen durante toda la residencia, algunos de carácter institucional, como las cargas y responsabilidades laborales y la cantidad de pacientes que atienden, y otros de carácter académico, ya que (hablando de los residentes específicamente) el plan de estudios implica que conforme avanzan de año, el acercamiento y atención con los pacientes es cada vez más frecuente y menos supervisado. Además, se suman las situaciones de violencia o acoso por parte de médicos adscritos, profesores o compañeros de mayor jerarquía (Montes-Villaseño, García-González, Blázquez-Morales, Cruz-Juárez, De-San-Jorge-Cárdenas, 2018; Acosta-Fernández et al., 2017). Aunado a esto, está la falta de acompañamiento psicológico durante todo su proceso formativo, lo que provoca que los médicos desarrollen sus propios mecanismos de afrontamiento, que muchas veces implican olvidar que están tratando con personas, y adoptan actitudes mecanizadas que les impiden involucrarse con sus pacientes, a fin de atenderlos a todos en el tiempo establecido y sin que las circunstancias personales de los mismos pudieran afectarles psicológica o afectivamente a los médicos.

Por otro lado, los resultados de la muestra de la segunda aplicación no mostraron diferencias estadísticamente significativas, esto podría deberse al número de participantes de R4 de los que se logró disponer para este momento; lo que también aporta información de las condiciones formativas, ya que como se mencionó en la metodología, el segundo levantamiento se realizó previo a iniciar el examen departamental (anual), momento en el que en un mismo espacio, fecha y hora se deberían encontrar reunidos todos los residentes, ya que forma parte de las actividades académicas obligatorias. Esto refleja una diferencia en el contexto académico laboral de los R4, que de 20 que participaron en la primera aplicación solo cuatro lo hicieron en la segunda.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observaron diferencias significativas al hacer el análisis por hospital sede, en la primera aplicación el CAE mostró las puntuaciones más bajas de bienestar psicológico, mientras que en la segunda aplicación fue el Hospital Nachón. En lo que respecta a la empatía, CAE mostró las puntuaciones más bajas tanto en la primera como en la segunda aplicación. Lo que podría deberse a que el CAE es un hospital de tercer nivel, y por lo tanto la carga laboral y responsabilidades son mayores que las de los demás hospitales. Así mismo, otra variable que también arrojó diferencias significativas en lo que respecta al bienestar psicológico, fue la que responde a la pregunta con quién viven, siendo los que mencionaron vivir con algún familiar (no con los padres), los que mostraron las puntuaciones más altas, mientras que los que dijeron vivir con el cónyuge, reflejaron las puntuaciones más bajas. Tales resultados podrían explicarse debido a la jornada y carga laboral de los residentes, que de alguna manera interfiere en la convivencia diaria con el cónyuge y todo lo que deriva de ello. Quienes viven con otros familiares, enfrentan una menor demanda de interacciones, el apoyo y compañía de otros miembros de su familia (hermanos, primos, tíos o etc).

En lo que respecta a los resultados que describen a la población que se siguió de manera longitudinal, no se observaron cambios significativos al comparar las puntuaciones globales de bienestar psicológico y empatía de la primera medición (iniciando el año académico) con la segunda (seis meses después). Esto podría deberse, a que seis meses de diferencia entre una y otra medición no fueron suficientes para verse afectados por la exposición a su contexto.

Sin embargo, en el análisis por dimensión del bienestar psicológico, la de relaciones positivas, sí mostró diferencias significativas, las cuales tendieron a aumentar seis meses después, lo que

posiblemente se deba al grado de convivencia e interacciones que los residentes van afianzando conforme pasan los días dentro de sus sedes.

En lo que respecta a la empatía, al hacer la comparación por año, únicamente se observaron cambios en la primera aplicación, en las que las puntuaciones tendieron a disminuir, siendo los R3 quienes mostraron los puntajes más bajos. Tales resultados se asemejan a los reportados por la muestra independiente de la primera aplicación, donde los R4 fueron los más bajos, seguido de los R3.

Ahora bien, cabe resaltar, que todos los resultados anteriores, de la muestra longitudinal, podrían explicarse con base al número de participantes de los que se logró disponer por año, ya que la gran mayoría (78. %) fueron R1 y el resto R2 y R3, y sin participantes de R4, lo que implica que la muestra que describimos encaja básicamente con el contexto de los R1(primeros), los cuales están iniciando como residentes, y por lo tanto aún no han estado expuestos al contexto lo suficiente como para verse afectados. Por el contrario, seis meses después empiezan a generar un círculo de amigos en quien apoyarse una vez alejados de su familia de origen, ya que la mayoría provienen de otros estados de la República, lo que explica el aumento significativo en la dimensión de las relaciones positivas.

Otro resultado de gran relevancia para el estudio fue que se identificó una correlación positiva significativa entre el bienestar psicológico y la empatía. En efecto, la mayoría de las dimensiones que integran el constructo de bienestar psicológico formulado por Ryff (1989), se relacionan significativamente con la variable empatía y sus dos factores. Dicho resultado, sigue la misma dirección en la mayoría de las dimensiones. Lo que se traduce en que, a mayor puntaje global de bienestar psicológico, es mayor el puntaje de empatía global que muestran o viceversa. Así mismo, el análisis de regresión lineal, mostró que es posible predecir una parte significativa de la varianza del puntaje de empatía a partir de las dimensiones de autonomía y crecimiento personal; situación que, como ya se ha mencionado, hace evidente el hecho de que promover el bienestar psicológico en los residentes desde el inicio, durante y después de su proceso formativo, se reflejará en su vida personal y profesional (Esteban et al .,2013) así como en la relación con sus pacientes que estará mediada por la empatía; promoviendo la confianza del paciente, la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, impactando directamente en su proceso de recuperación (Donoso-Sabando, 2014) Cabe

mencionar que no se encontraron estudios donde se observen ambas variables que sirvieran para comparar.

Por otra parte, al analizar los resultados estadísticos más relevantes y compararlos con los discursos de los entrevistados, se encontraron coincidencias que merece la pena señalar: el entorno formativo en el que se encuentran es generador de estrés y cansancio, carecen de espacio para su vida social, las jerarquías entre compañeros facilitan los abusos y las inconformidades y, la carga laboral afecta la atención a los pacientes. Todo ello conduce a que el bienestar psicológico se vea disminuido conforme pasa el tiempo. Cabe mencionar como un hallazgo del estudio, que todos los entrevistados entienden el bienestar psicológico como la ausencia de patologías, y la empatía como la habilidad de ponerse en el lugar de los pacientes, tratarlos con respeto, darse el tiempo de preguntarles cómo se sienten, es decir, de transmitir dicho entendimiento a los pacientes. Ninguno mencionó la parte afectiva de la empatía, en otras palabras, no aparece en el discurso la posibilidad de que las emociones formen parte de la relación con los pacientes. Esto podría explicar el hecho de que una parte de la muestra reflejó una disminución de la empatía conforme avanza la formación. La reticencia a asociar cualquier carga afectiva a la empatía podría también estar relacionada con la carencia de un adecuado acompañamiento psicológico, que ayudara a los estudiantes a afrontar las particularidades de su formación sin perder de vista que la medicina trata con personas. Un acompañamiento psicológico adecuado podría ayudar a los residentes a lidiar con las emociones negativas que se generan ante las circunstancias adversas que enfrentan ciertos pacientes sin que ello afecte su salud mental.

Por último, todos los entrevistados coincidieron en que su bienestar psicológico estaba relacionado con la empatía hacia sus pacientes.

Ahora bien, conviene recordar que de acuerdo a la teoría, el bienestar psicológico está íntimamente relacionado con sentimientos de placer y satisfacción con la vida, aunado a una percepción de crecimiento personal y logro de metas, de modo que brindar un entorno que despierte en los residentes la satisfacción por su trabajo con los pacientes, la percepción de que cada día aprenden más y de que se les permita cumplir sus metas, favorecería a dicho bienestar (Montes-Villaseñor et al., 2018). Otro aspecto relevante es la autonomía, la capacidad de toma de decisiones; un ambiente en el que se les permite elegir lo que concierne a su proceso formativo (académico), y

en el trabajo con sus pacientes (siempre acompañados por la debida supervisión de un médico adscrito), contribuirá a generar un estado su bienestar psicológico.

El dominio del entorno es otra pieza clave, ya que se refiere a que a la posibilidad de los sujetos de apropiarse de su contexto para sacarle el mayor provecho, independientemente de las condiciones en las que se encuentren (Montes-Villaseñor, et al., 2018). Investigaciones realizadas entre personal de salud, donde a través de actividades intencionalmente dirigidas a la apropiación de los espacios, han logrado un aumento significativo en bienestar psicológico y la empatía de los sujetos (Huarcaya-Victoria & Rivera-Encinas, 2018; Hojat, 2010; Newton et al., 2008). Ello no significa que atendiendo este factor, se pueda obviar el contexto adverso en el que los residentes se forman; simplemente se pueden sumar estrategias que apunten a fomentar un dominio del entorno a aquellas dirigidas a mejorar las condiciones formativas de los residentes.

Teniendo en consideración que el bienestar psicológico no es estable, sino susceptible de modificarse y tomando en cuenta la íntima relación que éste guarda con la posibilidad de los profesionales de salud de desarrollar o no empatía hacia sus pacientes, los resultados de la investigación sugieren que resulta necesario atender de forma simultánea dos aspectos: en primera instancia es necesario cobrar consciencia de la urgencia de modificar los ambientes laborales en los que los residentes se forman, ya que están afectando su bienestar psicológico (Montes-Villaseñor et al., 2018; Acosta-Fernández et al., 2017; Velásquez-Pérez et al., 2013). En segundo término, hay que dimensionar la importancia de proporcionarles, desde el inicio de su formación, herramientas psicológicas que les faciliten afrontar, de manera satisfactoria, el contexto adverso al que probablemente habrán de enfrentarse. Se sugiere, por tanto, incorporar a la currícula formal, experiencias educativas que promuevan el bienestar psicológico del alumnado y el desarrollo de empatía, dos competencias fundamentales para la formación médica (Paredes, 2008).

Los resultados obtenidos mediante esta aproximación teórico-práctica representan un primer acercamiento a la relación que existe entre el bienestar psicológico del médico y la posibilidad de desarrollar empatía hacia sus pacientes. Considerar ambas variables de manera simultánea, y no por separado como se ha venido haciendo, cuando se pretenda intervenir en la búsqueda de estrategias que mejoren la relación médico paciente, ofrece una nueva perspectiva para abordar un antiguo problema. Integrar espacios dentro de los planes de estudio en la educación médica que apunten a favorecer el bienestar psicológico de los estudiantes es una medida que, además de

prevenir el desarrollo de patologías psicológicas en los médicos en formación, también favorecerá la calidad de atención que ofrezcan a sus pacientes. Por lo tanto, es necesario hacer mayor investigación cuantitativa y cualitativa que, como ésta, relacione las variables bienestar psicológico y empatía en la población de estudio con miras a reforzar los resultados aquí presentados.

4.5 Conclusiones

El principal hallazgo de esta investigación es la relación que guardan bienestar psicológico y empatía en la muestra estudiada. Se trata de una correlación positiva, es decir que, si una aumenta, la otra también lo hará y viceversa. Otro elemento que cabe destacar es la percepción de los médicos respecto de su propio entorno formativo; su discurso revela que desarrollan su práctica en un contexto que experimentan como “adverso”, lo cual afecta su bienestar psicológico y atenta contra la empatía hacia los pacientes durante el proceso formativo.

Aunque se observó una tendencia en ambas variables a disminuir conforme avanzan los años de residencia, los resultados obtenidos no fueron representativos del conjunto de la muestra, debido al reducido número de participantes del que se logró disponer en ambos momentos de levantamiento de información. Ello podría representar una limitación, ya que por las características de la población estudiada, resultó difícil lograr el acercamiento, debido a que las múltiples actividades formativas de los residentes impidieron ajustarse a los tiempos previstos en el cronograma de actividades de la investigación. Otra limitación impuesta por el campo fue la necesidad de hacer uso de diferentes escenarios para realizar escalas y entrevistas; para aplicar las primeras se acudió al lugar sede de los estudiantes mientras que las segundas se llevaron a cabo fuera de dicho recinto y cuando los estudiantes se preparaban para presentar un examen departamental. Lo que se vio reflejado en las diferencias en los resultados de cada uno.

Este trabajo es, por tanto, solo una primera aproximación al estudio de la relación entre el bienestar psicológico y la empatía en médicos residentes. Sugiere que la promoción del bienestar psicológico y el desarrollo de empatía dentro de la educación médica, son dos variables relacionadas entre sí y asociadas, a su vez, con el éxito de los tratamientos de los pacientes. Deberán ser consideradas, por tanto, como competencias igualmente importantes a desarrollar, de modo que tendrían que integrarse a los currículos formales de los futuros médicos especialistas.

En México no se encontró información al respecto, por lo que se recomienda hacer más investigaciones que vinculen ambas variables, diseñando eficaces mecanismos de acercamiento a los participantes, que permitan aspirar a lograr un mayor muestra que la presentada en este estudio. Complementar las entrevistas, que ofrecen una aproximación discursiva al fenómeno, con la observación directa de los actores en su campo de trabajo, podría ayudar a confirmar o refutar los resultados reportados por ellos en las escalas y entrevistas.

Referencias

- Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M. D. L. Á., Pozos-Radillo, B. E., Torres-López, T. M., & Parra Osorio, L. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en educación médica*, 6(23), 169-179.
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57-63.
- Alemán, Q., Ebert, G., Figueroa, D. A., Carlos, Mayo., & Ángel, Gualbert. V. (2018). *Empatía y factores relacionados en médicos residentes de un hospital nivel de atención*. III según la escala de empatía médica de Jefferson (tesis pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Arango Agudelo, S., Castaño Castrillón, J. J., Henao Restrepo, C. J., Jiménez Aguilar, D. P., López Henao, A. F., & Páez Cala, M. L. (2013). Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia)2009. *Archivos de Medicina*, (2),110-126.
- Arrogante, Ó., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25(2), 73-80.
- Asuero, A. M., Blanco, T. R., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Queraltó, J. M. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528.
- Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16.
- Bastías, N., Fasce, E., Ortiz, L., Pérez, C & Schaufele, P. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud*, 8(1), 45-51.
- Bellosta-Batalla, M., Pérez-Blasco, J., Nacher Pons, M. J., & Moya-Albiol, L. (2016). Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 336-354.
- Bisquerra Alzina, R., & Hernández Paniello, S. (2017). Psicología positiva, educación emocional y el programa aulas felices. *Papeles del Psicólogo*, 2017, vol. 38, num. 1, p. 58-65.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., & Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*, 27(Suppl 1), S48-52.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Cantón, S. B. F. (2016). El error médico como causa de muerte. *Boletín CONAMED*, (6).

- Carrillo-Esper, R., & Gómez-Hernández, K. (2018). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Médica Sur*, 21(4), 172-176.
- Carvajal, A., Miranda, C. I., Martinac, T., Garcia, C., & Cumsille, F. (2004). Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 15(4), 302-306.
- Consejo, C., & Viesca-Treviño, C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 11(1), 16-20.
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Cordero Díaz, M., Guerra, D., Félix Arce, C., & Dávila Rivas, J. (2019). Programa de profesionalismo y bienestar: pionero de un nuevo paradigma en México. In *1er Congreso Internacional de Educación Médica* (p. 22). México: Academia Nacional de Educación Médica.
- Cordero Díaz, M., Guerrero Ortega, V., Morales Ayala, L., Dávila Rivas, J., González Guzmán, M., & García Maya, R. (2018). Programa de bienestar de los residentes: orientación y evaluación. In *1er Congreso Internacional de Educación Médica* (p. 51). México: Academia Nacional de Educación Médica.
- Cordero Díaz, M., Macías Sepúlveda, M., & García Maya, R. (2018). *Programa de bienestar de residentes: desarrollo docente para mentores*. 1er Congreso Internacional de Educación Médica (28). México: Academia Nacional de Educación Médica.
- Córdoba, R. L. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 27(1), 5-18.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist*, 35(2), 236-264.
- Cuesta, M. H. B., & Quevedo-Aguado, M. P. (2016). Análisis de la relación entre Bienestar psicológico, Empatía y Personalidad en profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud: Implicaciones educativas. *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*, 21.
- Chacón, L.R.(2015). Relación médico paciente como enlace humano trascendental en las organizaciones de la salud. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 3(1),45-49.
- Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Derive, S., Casas Martínez, M., Vera, O., Gregorio, T., Villa, A. R., & Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en educación médica*, 7(26), 35-44.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Zabala, R., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(224), 224-241.

- Donoso-Sabando, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Power, D. V., Durning, S., Moutier, C., Massie Jr, F. S., & Shanafelt, T. D. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Academic Medicine*, 85(1), 94-102.
- Esquerda, M., Yuguero, O., Vinas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.
- Esteban, M. N. B., Cabaco, A. S., & Litago, J. D. U. (2013). La Psicología Positiva aplicada a la educación: el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la Educación Superior. *Revista de formación e innovación educativa universitaria*, 6(4), 244-256.
- Estrada López, H. H., De la Cruz Almanza, S. A., Bahamón, M. J., Perez Maldonado, J., & Caceres Martelo, A. M. (2018). Burnout académico y su relación con el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Espacios*, 39(15), 7.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 284-298.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13(2), 172-175.
- Garavito, O. L. P. (2008). Nuevos retos en la educación: el bienestar como una nueva competencia médica. *Universitas Médica*, 49(1), 97-110.
- García-Izquierdo, M., Esteban, B. L., García-Izquierdo, A. L., & Hernández, J. A. R. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 381-395.
- García-Viniegras, V., Carmen, R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Góngora, F. F. B. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 6(3), 24-33.
- Grau, A., Toran, P., Zamora, A., Quesada, M., Carrion, C., Vilert, E., ... & Cordon, F. (2017). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educación médica*, 18(2), 114-120.
- Hojat, M. (2012). Empatía en el cuidado del paciente. México: *Manual moderno*.
- Hojat, M. (2016). Empatía en la educación de profesiones de salud y atención al paciente. -Nueva York: Springer International.
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, 86(8), 989-995.

- Huarcaya-Victoria, J., & Rivera-Encinas, M. T. (2018). Evaluación de la empatía en alumnos de medicina humana de una universidad privada del Perú. *Educación Médica*, 20(2), 100-107.
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233.
- Kasman, D. L., Fryer-Edwards, K., & Braddock III, C. H. (2003). Educating for professionalism: trainees' emotional experiences on IM and pediatrics inpatient wards. *Academic Medicine*, 78(7), 730-741.
- Lagunes.,CR. Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud (2017). *Psicología y Salud*, 27(1), 5-18.
- López, J. L. J., & Osuna, J. A. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 226-240.
- Montes-Villaseñor, E., García-González, J., Blázquez-Morales, M. S. L., Cruz-Juárez, A., & De-San-Jorge-Cárdenas, X. M. (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *Ciencia UAT*, 12(2), 54-66.
- Morelli, S. A., Ong, D. C., Makati, R., Jackson, M. O., & Zaki, J. (2017). Empathy and well-being correlate with centrality in different social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(37), 9843-9847.
- Moreto, G., González-Blasco, P., Pessini, L., & Craice-de Benedetto, M. A. (2014). La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. *Atención Familiar*, 21(1), 16-19.
- Muñiz J. Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo* 2010;31(1):57-66
- Nagata-Kobayashi, S., Maeno, T., Yoshizu, M., & Shimbo, T. (2009). Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical education*, 43(7), 628-636.
- Newton, B. W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., & O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school?. *Academic Medicine*, 83(3), 244-249
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., Medina-Ramírez, M. C. R., & López-Palmer, D. A. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en educación médica*, 6(22), 75-79.
- Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25-32.

- Pedrals, N., Rigotti, A., & Bitran, M. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. *Revista médica de Chile*, 139(7), 941-949.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Post, S. G. (2011). Compassionate care enhancement: benefits and outcomes. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4), 808-813.
- Post, S. G. (2011). Compassionate care enhancement: benefits and outcomes. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4), 808-813.
- Rangel, J. V., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.
- Ríos, L. F. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista colombiana de psicología*, (17), 161-176.
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 0-0.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Sánchez Jiménez, L., Padilla Guevara, M., Rivera Ugalde, I., Zamorano Arancibia, A., & Díaz Narváez, V. P. (2013). Niveles de orientación empática en los estudiantes de Odontología. *Educación Médica Superior*, 27(3), 216-225.
- Seligman, M. E. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. España: Océano expés.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*, 250(3), 463-471.
- Silva, M. G., Arboleda Castillo, J., & Díaz Narváez, V. P. (2013). Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este. *Odontoestomatología*, 15(22), 24-33.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Snyder, C. R. y López, S. J. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press. Recuperado de: http://phd.meghan-smith.com/wp-content/uploads/2015/07/0006masten_reed_resilience-development_2002.pdf
- Solano, A. C. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 43-72.
- Tabachnick B., & Fidell L. (2001). *Using multivariate statistics*. Harper & Row, USA.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of general internal medicine*, 22(2), 177-183.

- Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Vázquez Martínez, F. D., Delgado Domínguez, C., & Quiroz Hernández, F. J. (2017). Razones de incumplimiento de los médicos residentes con los cursos universitarios virtuales. Veracruz, México. *Investigación en educación médica*, 6(22), 88-95.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Velásquez, L., Colín, R., & Gonzales, M. (2013). Afrontando la resistencia médica Burnout y Depresión. *Gaceta Médica de México*, 95-183.
- Veliz-Burgos, A., & Urquijo, P. A. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(2), 131-150.
- Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Vielma, J., & Alonso, L. (2010). El bienestar psicológico subjetivo en estudiantes universitarios. La evaluación sistemática del flujo de la vida cotidiana. Manuscrito no publicado. Tesis doctoral en proceso.
- Vives, V., Gutiérrez, B., Flisser S., Plett., Martínez, F., Hamui. (Noviembre de 2018). Buenas prácticas en estudiantes del plan de estudios combinados en medicina (Academia, Nacional de Educación Médica). 1er Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Educación Médica. México. (34pp).
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473.
- Walocha, E., Tomaszewski, K. A., Wilczek-Rużyczka, E., & Walocha, J. (2013). Empathy and burnout among physicians of different specialities. *Folia Medica Cracoviensia*.
- Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., & Gottlieb, M. (2001). A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 19.
- Williams, B. (2007). Pursuing their passions. When they're not seeing patients, these doctors are living out their non-medical dreams. *Tennessee medicine: journal of the Tennessee Medical Association*, 100(8), 28-35.
- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(1), 66-

Anexo1

Tablas del análisis factorial a Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.852
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		2174.939
Bartlett	gl	496
	Sig.	.000

Matriz de factores rotados^a

	Factor			
	1	2	3	4
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	.908			
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida	.834			
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida	.811			
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	.698			
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	.676			
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	.665			
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	.570			
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	.569		.474	
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	.555			
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo	.511			
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	.385			
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo		.741		
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona		.738		
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas		.619		
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento		.535		
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria		.516		
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad		.516		.351
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla		.513		
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí		.496		
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí		.491		
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo		.466		
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo		.448		
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	.390	.442		
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente		.382		
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas				
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	.356		.641	
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo			.555	
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	.444		.522	
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo		.388		.679
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto				.588
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo		.492		.572
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general				.381

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Matriz de transformación de los factores

Factor	1	2	3	4
1	.720	.546	.316	.288
2	-.550	.728	-.278	.300
3	-.166	.374	.453	-.792
4	-.389	-.178	.786	.447

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Escala Bienestar psicológico de Ryff

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.915	30

Factor 1. Autonomía y crecimiento personal

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.915	10

Factor 2. Autoaceptación

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.847	13

Factor 3. Relaciones positivas

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.802	4

Factor 4: Dominio del entorno

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.634	3

Tablas del análisis factorial a Escala de Empatía Médica de Jefferson

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.866
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	1351.429
Bartlett gl	153
Sig.	.000

Matriz de factores rotados^a

	Factor	
	1	2
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	.827	
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias	.812	
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	.791	
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	.744	
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	.696	
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	.638	
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	.619	
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	.609	
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	.605	
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.		.822
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.		.804
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.		.766
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.		.683
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica		.664
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.		.618
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes		.614
1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.		.539
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.		.417

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Matriz de transformación de los factores

Factor	1	2
1	.758	.653
2	-.653	.758

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

Escala de Empatía Médica de Jefferson

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.886	18

Factor 1: Comprensión de las emociones y pensamientos del paciente.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.903	9

Factor 2: Cuidados con compasión

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.876	9



Universidad Veracruzana

Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas
Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Doctorado en Psicología

Estoy de acuerdo en responder las escalas sobre bienestar psicológico y empatía, como parte de las actividades del curso de Desarrollo Humano 2019, donde me han aclarado que la información es confidencial, respetando el anonimato en todo momento y cuyos resultados serán utilizados en la toma de decisiones en beneficio de los residentes.

Sí acepto _____

No acepto _____

Respondí las dos escalas con anterioridad.

Sí _____

No _____

Datos generales: Año que cursas: R1, R2, R3, R4

Fecha: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Edad: _____ **Sexo:** Hombre_ Mujer _ **Estado Civil:** _____

Especialidad _____

Hospital: _____

Lugar de procedencia _____

Actualmente vives con: _____

¿Dependes económicamente de alguien? SI _ NO _ **¿De quién?:** _____

¿Tienes dependientes económicos? SI _ NO _ **¿Cuántos?** _____

Número de hijos _____



Universidad Veracruzana
Instituto de Investigaciones Psicológicas
Doctorado en Psicología



INSTRUCCIONES:

Hablando del **momento actual**, responda a cada una de las siguientes declaraciones según corresponda, utilizando la siguiente escala de puntos:

- 1.** Completamente de acuerdo; **2.** De acuerdo; **3.** Parcialmente de acuerdo; **4.** Parcialmente en desacuerdo; **5.** En desacuerdo; **6.** Completamente en desacuerdo

- ___ 1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
- ___ 2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*
- ___ 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría
- ___ 4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*
- ___ 5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*
- ___ 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
- ___ 7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
- ___ 8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*
- ___ 9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*
- ___ 10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes
- ___ 11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
- ___ 12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
- ___ 13. *Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría*
- ___ 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
- ___ 15. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*
- ___ 16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
- ___ 17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
- ___ 18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
- ___ 19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
- ___ 20. *Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo*
- ___ 21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
- ___ 22. *Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen*
- ___ 23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
- ___ 24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
- ___ 25. *En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida*
- ___ 26. *No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*

- 1.** Completamente de acuerdo; **2.** De acuerdo; **3.** Parcialmente de acuerdo;
4. Parcialmente en desacuerdo; **5.** En desacuerdo; **6.** Completamente en desacuerdo

- ___ 27. *Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos*
- ___ 28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria
- ___ 29. *No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida*
- ___ 30. *Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida*
- ___ 31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo
- ___ 32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
- ___ 33. *A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo*
- ___ 34. *No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está*

- ___35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo
- ___36. *Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*
- ___37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
- ___38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
- ___39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 3



Universidad Veracruzana
Instituto de Investigaciones Psicológicas
Doctorado en Psicología



Consentimiento Informado

Fecha: _____

Estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria en la entrevista audio grabada como parte de la investigación titulada **“Residentes de especialidades médicas UV: Bienestar psicológico, género y su relación con el desarrollo de la empatía que establecen con los pacientes”** a cargo de la Mtra. Carolina Delgado Domínguez, alumna del Doctorado en Psicología, para obtener el grado de Doctora.

Cabe mencionar que ya me han aclarado que la información es anónima y confidencial, cuyos resultados se utilizarán exclusivamente para la investigación.

Carolina Delgado Domínguez
Encargada de la Investigación

Participante

Datos generales

Fecha: _____

Edad: _____ **Sexo:** Hombre_ Mujer _ **Estado Civil:** _____ **Año que cursas:** R1, R2, R3

Especialidad _____

Hospital: _____

Lugar de procedencia

Vives con: _____

Número de hijos _____

¿Dependes económicamente de alguien? SI _ NO _ **¿De quién?:** _____

¿Tienes dependientes económicos? SI _ NO _

¿Cuántos? _____

Autoaceptación

1. ¿Actualmente ¿qué tan satisfecho se encuentra con lo que ha logrado en sus relaciones familiares? Mucho, regular, poco, nada. Describa cómo son. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podría cambiar para mejorarlas?

2. Actualmente ¿qué tan satisfecho se encuentra con lo que ha logrado en su formación profesional? Mucho, regular, poco, nada. Describa cómo son. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podría cambiar para mejorarlas?

3. ¿Actualmente ¿qué tan satisfecho se encuentra con n la relación con sus pacientes?

Mucho, regular, poco, nada. Describa cómo son. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podría cambiar para mejorarlas?

Relaciones positivas

4. ¿Cómo son las relaciones con las personas de su familia?

Excelentes, Buenas, regulares, malas, insoportables. Describalas. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podrías cambiar para mejorarlas?

5. ¿Cómo son las relaciones con las personas con las que convive en el hospital?

Excelentes, Buenas, regulares, malas, insoportables Describalas. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podrías cambiar para mejorarlas?

6. ¿Cómo son las relaciones con sus pacientes?

Excelentes, Buenas, regulares, malas, insoportables Describalas. ¿A qué cree que se deba? ¿Qué podrías cambiar para mejorarlas?

Autonomía

7. Cuando se debe tomar una decisión importante en su familia, usted: ¿lo hace con base en sus propios criterios independientemente de la opinión de los demás, lo platica con alguien más, prefiere que sean otros los que le digan qué hacer o generalmente se lo imponen y no le permiten decidir por sí mismo?

8. ¿Qué resultados ha obtenido? Excelentes, buenos, regulares, malos. Describa cómo toma decisiones importantes con su familia. ¿A qué cree que se deben esos resultados? ¿Qué podría cambiar para mejorarlos?

9. Cuando se debe tomar una decisión importante (que tenga que ver con su proceso de formación profesional) usted: ¿lo hace con base en sus propios criterios independientemente de la opinión de los demás, lo platica con sus compañeros o superiores antes de decidir, prefiere que sean otros los que le digan qué hacer o generalmente se lo imponen y no le permiten decidir por sí mismo?

10. ¿Qué resultados ha obtenido? Excelentes, buenos, regulares, malos. Describa cómo toma decisiones importantes con su familia. ¿A qué cree que se deben esos resultados? ¿Qué podría cambiar para mejorarlos?

11. Cuando se debe tomar una decisión importante (que tenga que ver con los pacientes)

Usted, ¿lo hace con base en sus propios criterios independientemente de la opinión de los demás, lo platica con sus compañeros o superiores antes de decidir, prefiere que sean otros los que le digan qué hacer o generalmente se lo imponen y no le permiten decidir por sí mismo?

¿Qué resultados ha obtenido? Excelentes, buenos, regulares, malos. Describa cómo toma decisiones importantes con su familia. ¿A qué cree que se deben esos resultados? ¿Qué podría cambiar para mejorarlos?

Dominio del entorno:

En el momento actual:

12. ¿Se siente capaz de manejar las diferentes situaciones que se le presentan en su vida familiar? si, no describa cómo lo hace. ¿Qué haría para mejorarlas?

13. ¿Quién sería el principal responsable de la forma de vida familiar que ahora tiene?

14 ¿Se siente capaz de manejar las diferentes situaciones que se le presentan como residente? sí, no describa cómo lo hace. ¿qué haría para mejorarlas?

15 ¿Quién sería el principal responsable de la forma de vida que tiene en el hospital que ahora tiene?

16 ¿Se siente capaz de manejar las diferentes situaciones que se le presentan con sus pacientes si, no Describa cómo lo hace? ¿qué haría para mejorarlas?

17 ¿Quién sería el principal responsable de la forma de vida familiar que ahora tiene?

Crecimiento personal.

18. En el momento actual, ¿Cómo considera que ha sido su crecimiento como persona?

Excelente, bueno, regular, malo, pésimo. Descríbalo. A que se debe. ¿Qué modificaría para mejorarlo?

Propósito en la vida

19 ¿Tiene planes claros a futuro? sí, no Describalos

Empatía:

20. ¿Cuál es su definición de empatía?

21. ¿Para qué sirve la empatía?

22. Describa como considera que sería una relación médico paciente empática.

22. Según su experiencia como profesional ¿qué puede influir en la relación del médico con sus pacientes.

23. ¿Considera que su estado de salud física y mental podrían estar relacionados con el tipo de relación que establece con sus pacientes?, (Si, No) ¿Por qué? ¿A qué se debe?

24. Hablando de las relaciones entre usted y sus compañeros, superiores, maestros y pacientes, así como del tipo de actividades y carga laboral, ¿Cómo describiría las condiciones formativas en las que actualmente se encuentra y cómo esto puede influir en su salud física y mental? Excelente, bueno, regular, malo, pésimo. Describalo. A qué se debe. ¿Qué modificaría para mejorarlo?