

RESIDENCIAS MÉDICAS ARGENTINAS Y CALIDAD DE VIDA

Albanesi de Nasetta, Susana. Lic . en Psicología y Magister en Psicología Clínica Profesora Ajunta Responsable. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. Nasetta, Paulina. Médica Cirujana. Residente 2º año. Medicina General y Familiar. Complejo Sanitario San Luis. San Luis. Argentina

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue investigar la Calidad de Vida en Residentes Argentinos de Medicina General y Familiar.

El interés del mismo se basó en que el modelo de formación de los residentes tiene ventajas como por ejemplo, un contacto directo con pacientes y médicos experimentados, pero presenta algunos inconvenientes entre los que se cuentan, el ritmo laboral de los futuros especialistas, como son la realización de innumerables guardias junto con las actividades médicas cotidianas. Este sistema ha encontrado críticas tanto por parte de profesionales como de pacientes.

Ya que se ha pensado que este tipo de programas de formación puede afectar la salud de los residentes a la vez que perjudica la calidad de cuidados que son ofrecidos a los pacientes.

La Calidad de Vida (CDV), es un concepto que va más allá de la mera condición física e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir que abarca las funciones físicas, emocionales y sociales . Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no sólo con enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes. ¹

La OMS (Organización mundial de la Salud) en 1948 definió la salud como: “ ...un estado de completo bienestar físico, emocional y social “. Por lo que Estado de Salud Y Calidad de Vida son conceptos que son utilizados de manera intercambiable.

Los factores que contribuyen a la calidad de vida (CDV) del individuo son numerosos: como por ejemplo, la salud es sólo uno, que es de suma importancia, por ello se denomina “Calidad de Vida relacionado con la Salud” (CVRS) que se define como el valor asignado a la duración de la vida que se altera por la deficiencia, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad , un accidente, un tratamiento o una decisión política.

El nivel de salud alcanzado por cada persona, ha sido considerado como algo tan individual como la vida misma y que depende del potencial genético heredado de sus padres, la capacidad del organismo de adaptarse al ambiente y cuales son los riesgos y peligros que ha encontrado en su medio. Desde este punto de vista la salud no se restringe a una norma meramente fisiológica , sino que se relaciona con la capacidad del individuo para proyectarse a un futuro y poder llevar adelante un programa de vida.

Dubós, R. (1975) define la salud como: ..”un estado de vida basado en un relativo equilibrio psíquico y funciones orgánicas intactas que le permite a las personas llevar a cabo objetivos propios o ajenos por medio de sus propias acciones”...

Este autor pone en claro que cada ser humano es el principal responsable de su estado de salud, de las enfermedades que podrá padecer y de la calidad de vida que disfrutará a lo largo de su existencia, condicionado por lo hábitos y estilos de vida que haya aprendido en su núcleo familiar, la formación escolar y cultural que haya recibido y el ambiente familiar que le haya tocado vivir durante los primeros años de su vida.

Siergrist, J. (1987) define la calidad de vida en términos de dos dimensiones básicas de la salud subjetiva, la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición) y en segundo lugar una dimensión de igual importancia que es la capacidad de actuación del sujeto (habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos).

La Calidad de Vida (CDV) sería la capacidad de la persona de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente ese papel como ciudadano, sea cual fuere su situación social.

Mc Dowell & Newell (1987) propusieron hablar de “salud subjetiva” como concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, ya que sería una autodescripción y valoración de la satisfacción.

Revisando bibliografía referida al tema se encontraron numerosas investigaciones:

Fernández López, J.A., Gil Guillén, V. Rancaño García, I, Gómez de la Cámara y Hernández Mejía, R. (1999) en España evaluaron la “Calidad de Vida de un grupo de Médicos de Familia Españoles”, mediante una encuesta autocumplimentada a 212 voluntarios médicos. El cuestionario para medir la Calidad de Vida fue la versión española del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Se calcularon las puntuaciones las puntuaciones finales de calidad de vida de los encuestados $n = 212$ y se compararon con 1178 personas de 15-95 años investigadas previamente con el mismo cuestionario. Las puntuaciones obtenidas por los médicos fueron más altas que las de la población general. Los médicos reportaron puntuaciones más altas que las médicas en todas las escalas. La consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach resultó satisfactoria. Los valores oscilan entre 0,70 y 0,87 con un promedio de 0,80.

Hernández Mejía, R., Fernández López, J.A., Rancaño García, I y Cueto Espinar, A. (2000) aplicaron el (PECVEC) Cuestionario de Calidad de Vida en pacientes neurológicos y expusieron la filosofía y los conceptos de salud y describieron diferentes cuestionarios encontrados en revisiones bibliográficas. Concluyeron que es importante realizar estudios transculturales para poder adaptar las herramientas utilizadas logrando fiabilidad y eficacia para facilitar su utilización, también detectaron que los cuestionarios específicos sobre los procesos neurológicos, la oferta es considerablemente menor debido al empleo de estos métodos en esta área clínica.

Estos mismos autores midieron la calidad de vida relacionada con la salud por medio de la versión española del Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC), (Siegest et al, 1996) en español Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), (Fernández, J.A. et al, 1999) en una muestra de 1356 sujetos de ambos sexos entre 12 y 95 años que fueron seleccionados en consultas de Atención Primaria, en Centros Hospitalarios desde el padrón municipal de habitantes elegidos aleatoriamente como controles en diferentes Centros Escolares, desde Instituciones de Ancianos y desde diversos grupos de estudios repartidos por el país. Concluyeron que los hombres presentaban puntuaciones finales más elevadas que las mujeres y las diferencias fueron significativas entre ambos sexos en todas escalas, en cuanto a la edad las puntuaciones más altas las presentaron el grupo entre 1-15 años. En cuanto al estado civil las mejores puntuaciones los presentaban los casados en relación a los solteros, separados/divorciados y viudos con diferencias significativas en todas las escalas. En cuanto al nivel educativo, las mejores puntuaciones se presentaban en el nivel de formación profesional y estudios universitarios en casi todas las escalas. En cuanto a la evaluación de las preguntas adicionales, encontraron que los hombres tienen el porcentaje que cuentan con ayuda de otras familias más elevados, en un 93% frente a un 86% de las mujeres. En cambio las mujeres eran las que presentaban un suceso vital influyente que cambió su vida, si bien moderadamente un 23% frente a un 20% de los varones.

Haciendo una revisión en la base de datos de Medline (1999) versión actual se encontraron numerosas investigaciones sobre calidad de vida entre la que se destaca la siguiente:

Rivera Fernández, R., Sánchez Cruz, J., Abizanda Campos, R. y Vasquéz-Mata, G. (2001) investigaron la calidad de vida de pacientes antes de la admisión en terapia intensiva, la utilización de los recursos disponibles y el índice de mortalidad. Para la presente investigación se estudiaron 8685 pacientes entre 1992 y 1993, fueron incluidos pacientes mayores de 16 años, los datos recolectados incluyeron edad, género, diagnóstico de admisión y el nivel de severidad de la enfermedad fue evaluado mediante APACHE III (Evaluación de la Agudeza y Cronicidad de la Enfermedad). Concluyeron que en España, la calidad de vida de los pacientes críticos ante de ingresar a cuidados intensivos es bueno y solamente una pequeña proporción de pacientes tiene una baja calidad de vida antes de la admisión.

Se detectó que la calidad de vida previa es relativa en relación a los índices de mortalidad y contribuye muy poco en las habilidades discriminadas en el APACHE III como modelo predictor y tiene una pequeña influencia en la utilización de recursos y en la medida de la duración de la estadía y en la actividad terapéutica.

Cabe señalar que en la última década, han aumentado considerablemente los estudios sobre calidad de vida, ya que los indicadores clásicos, como la mortalidad o expectativa de vida de los individuos, no se considera importante al igual que sólo prolongar la vida de los mismos.

El aumento de los costos de las tecnologías y la necesidad de optimizar los recursos ha conducido al desarrollo de unidades de medida económica que se relacionan con las actuaciones sanitarias en términos de calidad de vida relacionadas con la salud.

METODOLOGÍA

MUESTRA

A los fines del presente trabajo, de tipo exploratorio, transversal y no experimental, se utilizó una muestra de 97 residentes, (51 mujeres) y (46 varones) que concurren a las Pre-Jornadas de Residentes y Ex-Residentes en el marco del XVII Congreso Nacional de Medicina General, XII Congreso del Equipo de Salud y IV Congreso Internacional de Medicina General realizado en Potrero de los Funes, Noviembre de 2002, San Luis, Argentina, cuyas edades oscilaban entre 25 y 37 años, que realizaban su residencia en diferentes lugares del país.

INSTRUMENTO

Para evaluar la Calidad de Vida se administró la versión española del cuestionario alemán Perfil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC), (Siegrest et al, 1996). PECVEC (Fernández López, J.A., 1999) Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, pero que también puede ser aplicado a sujetos sanos.

El cuestionario consta de 40 ítems, tipo Likert con un rango de 0-4 y abarca 6 dimensiones relevantes del bienestar y de las capacidades de actuación de las personas: Función Física, Función Psicológica, Estado de Ánimo Positivo, Estado de Ánimo Negativo, Función Social y Bienestar Social. La suma de Estado de Ánimo Positivo y Negativo determinan el Bienestar Psicológico, la variabilidad de los procesos crónicos existentes obliga a estudiar el Bienestar Físico a través de un listado de síntomas adicionales (17 ítems) específicos para la patología clínica que se trate. En las personas aparentemente sanas se utiliza un listado de síntomas generales. Cuatro preguntas más investigan los factores moderadores mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes, problemas agudos y deterioro de la capacidad sexual.

PROCEDIMIENTO

El cuestionario fue aplicado en forma individual y con colaboración espontánea, en la inauguración del XVII Congreso Nacional de Medicina General, en las Jornadas de Pre-Residentes y de Ex – Residentes.

Se procedió a extraer la M (media) y DE (desviación estándar) del grupo total n= 97 en las diferentes escalas del PECVEC.

Con el propósito de comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario aplicado, atribuibles al sexo de las personas que compusieron la muestra se aplicó la “t” de Student.

Para examinar la relación existente entre las variables del PECVEC se calculó el coeficiente de correlación “r” de Pearson.

Para examinar la asociación de las puntuaciones de las diferentes variables que se tuvieron en los subgrupos resultado de la partición de las variables nominales, se aplicó ANOVA (análisis de la varianza). Las variables que se tuvieron en cuenta fueron las siguientes: Edad, Sexo, Estado Civil (solteros- casados o en pareja), Eventos Influyentes, Apoyo Social, Problemas Agudos y Alteraciones Sexuales sufridas por los integrantes de la muestra.

RESULTADOS

En primer término se presentan las puntuaciones obtenidas en el PECVEC en el grupo total, cuyas escalas evalúan: Escala 1 (Función Psicológica), Escala 2 (Función Psicológica), Escala

3 (Estado de Ánimo Positivo), Escala 4 (Estado de Ánimo Negativo), Escala 5 (Función Social) y Escala 6 (Bienestar Social).

Tabla 1: M y DE de las puntuaciones medias obtenidas en las escalas del PECVEC

N= 97

	EDAD	ESCALA1	ESCALA2	ESCALA3	ESCALA4	ESCALA5	ESCALA6
M	29,36	2,21	2,36	1,98	2,47	2,28	2,73
DE	2,70	0,73	0,66	0,69	0,86	0,72	0,78

Los resultados obtenidos de la aplicación de la “t” de Student , calculada con el fin de investigar si existen diferencias entre las medias obtenidas en los subgrupos de (Varones y Mujeres) en las diferentes variables del PECVEC, se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: M y DE en las escalas del PECVEC en los subgrupos de Varones y Mujeres.

		EDAD	ESCALA1	ESCALA2	ESCALA3	ESCALA4	ESCALA5	ESCALA6
Varones	M	29,28	2,48	2,55	2,23	2,71	2,46	2,83
N=46	DE	2,84	0,71	0,60	0,61	0,85	0,64	0,71
Mujeres	M	29,43	1,96	2,18	1,75	2,25	2,12	2,66
N=51	DE	2,59	0,67	0,68	0,68	0,81	0,76	0,84
“t”		-0,27	3,68***	2,79**	3,62***	2,71**	2,34*	1,87

Se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de varones y mujeres en las Escalas 1,2, 3, 4 y 5, con una significación de $p=.001$, $p=.01$ y $p=.05$ a favor del subgrupo de varones. No se encontraron diferencias significativas en los subgrupos de Varones y Mujeres en cuanto a la edad.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre las diferentes escalas del PECVEC en el grupo total.

Tabla 3: Matriz de Correlaciones entre las puntuaciones de las Escalas del PECVEC en el grupo total. N= 97

	ESCALA1	ESCALA2	ESCALA3	ESCALA4	ESCALA5	ESCALA6
ESCALA1		0,64***	0,65***	0,42***	0,60***	0,52***
ESCALA2			0,76***	0,55***	0,76***	0,52***
ESCALA3				0,57***	0,60***	0,58***
ESCALA4					0,46***	0,49***
ESCALA5						0,54***

Se observó que todas las Escalas del PECVEC correlacionaron entre sí a un nivel de significación de $p=.001$.

A fin de comprobar si existe algún tipo de asociación entre los subgrupos muestrales resultantes de la partición de las variables nominales, se aplicó análisis de la varianza, cuyos resultados se exponen en Tabla 4.

Tabla 4: Nivel de significación de los coeficientes F calculados mediante la aplicación de ANOVA en el grupo total. N= 97

VARIABLES	ESCALA1	ESCALA2	ESCALA3	ESCALA4	ESCALA5	ESCALA6
EDAD	0,37	0,74	0,61	0,40	0,78	0,61
SEXO	0,001***	0,06	0,001***	0,008	0,02	0,24
E. CIVIL	0,55	0,38	0,12	0,70	0,38	0,53
EVENTOS INFLUYENTES	0,009	0,007	0,001***	0,05*	0,65	0,3
A.SOCIAL	0,52	0,46	0,26	0,58	0,27	0,23
P.AGUDOS	0,25	0,001***	0,07	0,001***	0,01**	0,02
A.SEXUALES	0,001***	0,001***	0,001***	0,03	0,001***	0,01**

Se observaron diferencias altamente significativas en relación a la variable sexo, en la Escala 1 (Función Física) que se relaciona con la capacidad de rendimiento físico a favor del grupo de varones, de igual manera se encontraron diferencias significativas en la Escala 3 (Estado de Animo Positivo) a favor del mismo grupo.

En relación a la variable Eventos Influyentes es decir aquellos que llevan a un cambio en la vida de las personas, se encontró diferencias significativas con la Escala 3 (Estado de Animo Positivo) a favor del grupo de mujeres, a un nivel de significación menor con Escala 4 (Estado de Animo Negativo) a favor del mismo grupo.

La variable Problemas Agudos, es decir aquellos que impactan directamente en la sensación de bienestar, presentó diferencias significativas con Escala 2 (Función Psicológica) a favor del grupo de mujeres y Escala 4 (Estado de Animo Negativo) a favor del grupo de varones.

En cuanto a la variable Alteraciones Sexuales mostró diferencias significativas con Escala 1 (Función Física), Escala 2 (Función Psicológica), Escala 3 (Estado de Animo Positivo), Escala 5 (Función Social) o sea capacidad de relacionarse y Escala 6 (Bienestar Social) o sea sentimiento de pertenencia a un grupo, a favor del grupo femenino.

DISCUSIÓN

Dado que no se dispone de normas surgidas de muestras de la población argentina, los resultados obtenidos en el presente estudio mediante la aplicación del PECVEC se compararon con los obtenidos por López, J.A. et al (1999) en una muestra de médicos de familia españoles.

En la muestra con la que se trabajó (Residentes de Médicos Generalistas Argentinos) las puntuaciones medias obtenidas en todas las escalas son inferiores a las presentadas por Médicos de Familia Españoles. Esto se relaciona probablemente con las exigencias a las que se ven sometidos los residentes en su formación, es necesario destacar que en la actualidad se están realizando numerosos estudios acerca de que manera los diferentes programas de residencia pueden afectar la salud y perjudicar la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente y que estrategias se pueden llevar a cabo para modificar los efectos negativos de los mismos.

En cuanto a las diferencias en las puntuaciones medias entre los subgrupos de varones/mujeres, en la presente muestra se pudo detectar que los varones presentaron puntuaciones más altas que las mujeres en todas las escalas del PECVEC, iguales resultados fueron obtenidos en la muestra de Médicos de Familia Españoles, es decir que los varones presentarían una mejor Calidad de Vida que las médicas. No se detectaron diferencias significativas en los subgrupos según la edad , ya que los residentes presentaban edades homogéneas , ya que es necesario tener en cuenta que en Argentina, la edad promedio de realización de residencias oscila entre 25-35 años.

El hecho de que el subgrupo femenino presentara puntuaciones menores en las diferentes escalas del instrumento utilizado, se relacionaría probablemente con la mayor vulnerabilidad presentada por este subgrupo para enfrentar las exigencias del régimen de guardias a la que se

suman otras diferentes tareas. Se ha comprobado según diferentes estudios de laboratorio, que perjudica de la misma manera permanecer despierto durante un período de tiempo corto (realizar una guardia) como una restricción del sueño parcial de forma crónica (dormir menos de 6 horas por noche, durante al menos una semana), también se ha podido comprobar que la privación del sueño afecta: la temperatura corporal y ambiental, la ingesta reciente de comida, el consumo de cafeína y otros estímulos que afectan el funcionamiento cognitivo y conductual.

Si consideramos que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es de alguna manera una dimensión subjetiva, es decir que el subgrupo de médicas residentes se autodescribe y evalúa su satisfacción de menor manera que los médicos residentes.

Las correlaciones obtenidas en las diferentes Escalas del PECVEC fueron altamente significativas entre sí $p=0.001$, poniendo de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio, es decir que la Capacidad Física (Escala 1) que es la capacidad de rendimiento general tanto corporal como intelectual, en la vida diaria como a nivel laboral se relaciona intrínsecamente con la Función Psicológica (Escala 2) que nos presenta la capacidad de disfrute y relajación, donde cobra importancia, la calidad del sueño, apetito y goce de la persona.

La Escala 3 (Estado de Animo Positivo) como dimensión del bienestar psíquico, pone de manifiesto, la atención, el buen humor, el equilibrio emocional y el optimismo, el Estado de Animo Negativo (Escala 3) en contraste con la anterior contiene aspectos como tristeza, nerviosismo, inestabilidad, sentimientos de amenaza o desesperación.

En cuanto a la (Escala 5), Función Social o sea la capacidad de relacionarse y de poder establecer y mantener comunicación fluida con otros seres humanos guarda íntima relación con el Bienestar Social (Escala 6) que muestra la pertenencia a un grupo, como aspectos del apoyo socioemocional en forma de proximidad a personas y ausencia de sentimientos de soledad y de exclusión.

Lo expuesto anteriormente pone de manifiesto su interrelación, ya que un elemento esencial para la Calidad de Vida, no es sólo la normalidad fisiológica en sí y el correspondiente estado de salud, sino la posibilidad facilitada por ella de participar activamente en un mundo contemporáneo de significados (Dubos, 1969).

Las tendencias actuales consideran de gran importancia que debe ser el propio individuo quien valore su Calidad de Vida (Fossa, 1996).

La Calidad de Vida está íntimamente relacionada con el apoyo social que posee cada persona, Moos (1973) considera de gran importancia “el sentimiento subjetivo de ser aceptado y amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno pueda hacer”..

La perspectiva global del apoyo social enfatiza la importancia del sentimiento de amor y cuidado de los otros como el elemento central en el efecto protector el mismo (Sarason y Sarason, 1994).

Blazer (1982) consideró que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de los individuos.

En cuanto a la vinculación de las diferentes variables en estudio y realizado el análisis

de la varianza se detectó que el subgrupo de varones presentaron mayores puntuaciones que las mujeres en relación a su capacidad de rendimiento, en cuanto a la concentración y la realización de trabajos intensos, cabe señalar que los puntajes obtenidos por los residentes argentinos son mayores al valor promedio de las escalas en todos los estudios realizados en pacientes crónicos por Fernández López, J.A. et al (1994), de igual manera en relación al Estado de Animo Positivo como dimensión del bienestar psíquico, los residentes argentinos registraron puntuaciones más altas en esta escala que el valor promedio considerado por los autores del PECVEC.

Las diferencias encontradas entre ambos sexos ha sido considerado por diferentes autores como la presencia en las mujeres de mayor sensibilidad corporal que los varones, lo que hace que estas presenten dificultades para separar lo físico de lo psíquico, por lo que la hiperestesia de las sensaciones orgánicas de la mujer trae consigo una mayor comunicación con su cuerpo. También Echeburúa Odroziola (1993) expresa “..pareciera que las mujeres sin que sepamos

bien por qué , se ven más afectadas que los hombres por trastornos de ansiedad. Un hecho de esta naturaleza no puede ser sino el resultado de una interacción de influencias biológicas y culturales. Desde una perspectiva biológica, la ansiedad favorece la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para defenderse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de los hijos. Desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de temor ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo”.

En cuanto a los Eventos Influyentes que llevan a modificar aspectos de la vida, las diferencias encontradas fueron en el subgrupo de varones, es decir que los eventos que son de características estresantes llevan a modificar el estado de ánimo positivo como negativo, pero las mujeres ante situaciones vitales de carácter estresantes, pueden mantener su estado de bienestar.

De igual manera ante Problemas Agudos que se presenta cotidianamente, afectan de igual manera a varones y mujeres, pero con cierta particularidad , los varones presentan cierto nerviosismo y sentimientos de amenaza y desesperación, en cambio en las mujeres incide en la capacidad de disfrute y de relación.

Se detectaron Alteraciones Sexuales en mayor proporción en el subgrupo de mujeres y esto influye en las diferentes escalas del PECVEC, es decir en aspectos relativos a la capacidad de funcionamiento corporal e intelectual , capacidad de relajarse de sus tareas habituales, incidiendo en el estado de ánimo , en el equilibrio emocional, en la capacidad de relacionarse y en la sensación de bienestar social.

CONCLUSIÓN

La evaluación de Calidad de Vida en Residentes de Médicos Generalistas y de Familia Argentinos permite poner al desnudo no sólo las exigencias cotidianas a la que se ven sometidos los futuros especialistas, sino que muestra el estrés como parte intrínseca de la práctica médica y que se relacionaría con el enfrentamiento diario con la muerte y la agonía (Mc Cue, 1982), el tener que tratar con pacientes problemáticos, las expectativas poco realistas de pacientes y familiares y sobre la función del Residente Generalista que los lleva a tratar en muchos casos con pacientes terminales aumentando estados de angustia.

Los primeros años de trabajo son períodos de frustración , ansiedad y desilusión , los estresores potenciales que influyen en la etapa de formación de los futuros especialistas se relaciona en muchos casos con expectativas irreales o falsas, la ambigüedad e incertidumbre en el trabajo, el establecimiento de la propia identidad dentro de la institución hospitalaria, el aprendizaje y el trato con jefes y compañeros y la comprensión de normas y reglas.

La Agencia Norteamericana para la Investigación y el Cuidado y Calidad de la Salud ha financiado numerosas investigaciones dirigidas a identificar las causas y soluciones de los errores médicos, lo que incluye estudios para evaluar el efecto directo del sueño de los residentes en esta mala práctica.

En relación a la salud de los médicos, se ha detectado un aumento de estrés y depresión, enfermedades somáticas y complicaciones durante el embarazo (en médicas) relacionadas con la fatiga y la pérdida de sueño de los futuros especialistas aunque el mayor peligro objetivado ha sido el gran riesgo de accidentes de tráfico que presentan los residentes durante su período de formación, sobre todo tras la realización de guardias.

Los resultados que fueron encontrados en la presente muestra en este grupo de residentes muestran la necesidad de sistemas de protección no sólo para el grupo más vulnerable sino para ambos grupos, para contar en el futuro con especialistas con buena salud, donde la Calidad de Vida cobra un papel de gran importancia.

Ya que esta investigación se ha realizado exclusivamente con Médicos Residentes sería oportuno realizar estudios en otros grupos de profesionales para lograr datos fidedignos y que ayuden a encontrar soluciones para diferentes especialistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Blazer, D.G. (1982) Social support and mortality in an elderly community. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Dubos, R. (1969) *Medicine and environment*. Nueva York. Mentor.
- Dubos, R. (1975) *El Espejismo de la Salud*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Echeburúa Odriozola , E (1993) *Ansiedad Crónica. Evaluación y tratamiento*. Eudema. Madrid.
- Fernández López, J.A., Hernández Mejía, R., Rancaño García, I. (1999) Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*; 11: 293-303.
- Fernández López, J.A., Siegrist, J. Hernández Mejía, R., Broer, M. Cueto-Espinar, A. (1997) Evaluación de la Equivalencia transcultural de la versión española del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos. (*PECVEC*).
- Fossa, S. (1996) New approaches to the treatment of prostate cancer. *European Urology*, 29 (supl2) 121.-123
- Hernández Mejía, R., Fernández López, J.A. , Rancaño García, I. y Cueto Espinar, A. (2000) Calidad de Vida y Enfermedades neurológicas. *Área de Medicina Preventiva y Pública. Facultad de Medicina de Oviedo*.
- Mc Cue, J.E. (1982) The effects of stress in physicians and in medical practice. *N.Eng.J. med.*, 458-463.
- Mc Dowell, I. & Newell, C. (1987) Eds. *Mesuring health : a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York: *Oxford University Press*.
- Medline (1999) Base de datos . *BioMedNet bmn.com*.
- Moos, G.E. (1973) *Illness, immunity and social interaction*. Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1948) Documentos Básicos, *OMS*, 39º de Ginebra, 1989.
- Rivera-Fernández, R. Sánchez-Cruz, J.J., Abizanda-Campos, R, Vázquez- Mata, G. (2001) Quatity of life before intensive care unit admisión and its influence on resource utilization and mortality rate. *Crit Care Med. Vol.29:9*
- Sarason , B.R.y Sarason, I.G. (1994) Assesment of social support. En S y Shumaker y S Czajkowski (dirs.) *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York *Plenum Press*.
- Siegrist, J (1987) Lebensqualitat unter antihypertensiver Therapie. *Herz*; 12 (Suppl 1) : 10-15.
- Siegrist, J. Broer, M. , Junge, A. (1996) Profile der Lebensqualitat Cronischkranker (PLC) *Gottingen;Hogrefe-Veriag.GmbH&Co.KG*.