



ORIGINAL

Ansiedad y mecanismos de adaptación en los residentes de un hospital de Madrid

Diego Gayoso Cantero^{a,*}, Paula García Duque^b, Patricia Serrano de la Fuente^c y José Carlos Peláez Álvarez^c

^a Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^c Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 26 de octubre de 2023; aceptado el 9 de abril de 2024

PALABRAS CLAVE

Residentes;
Ansiedad;
Estrategias de
afrontamiento;
Riesgo psicosocial

Resumen

Introducción: la salud mental de los profesionales sanitarios es una preocupación constante. Estudios muestran altas tasas de ansiedad, relacionadas con factores como la carga laboral y el ambiente psicosocial.

Material y métodos: estudio transversal entre los residentes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Se envió por el correo institucional un formulario anónimo y voluntario con datos epidemiológicos, la escala *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), el cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). El objetivo fue evaluar el estado de ansiedad de los residentes y las estrategias de afrontamiento para comprarlas en función del sexo, tipo de especialidad, año de residencia y riesgo psicosocial percibido.

Resultados: cumplimentaron el formulario 60 residentes (65,93%). La puntuación STAI fue mayor en las mujeres, en los que dedican más tiempo libre al trabajo ($p=0,02$) y en aquellos con una puntuación desfavorable en la escala de riesgo psicosocial ($p=0,007$). Existe mayor autocritica entre las mujeres ($p=0,013$), mayor apoyo social en los residentes pequeños ($p=0,045$), mayor autocritica a mayor riesgo psicosocial ($p=0,017$) y a más tiempo libre dedicado al trabajo ($p=0,025$).

Conclusión: las tasas de ansiedad son altas entre los residentes con factores de riesgo identificables para el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas. Proponemos intervenciones psicológicas y programas de apoyo para el personal en formación.

© 2024 The Author(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gayosocan@gmail.com (D. Gayoso Cantero).

KEYWORDS

Residents;
Anxiety;
Coping strategies;
Psychosocial risk

Anxiety and coping strategies in residents of a hospital in Madrid**Abstract**

Introduction: The mental health of healthcare professionals is a constant concern. Studies show high rates of anxiety, linked to factors such as workload and psychosocial environment.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted among residents of the Alcorcón Foundation University Hospital (HUFA). An anonymous and voluntary form containing epidemiological data, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Psychosocial Risks Assessment Questionnaire at Work, and the Coping Strategies Inventory (CSI) was sent through institutional email. The objective was to assess the anxiety levels among residents and their coping strategies, comparing them based on gender, specialty, year of residency and perceived psychosocial risk.

Results: Sixty residents (65.93%) completed the form. STAI scores were higher in women, those who dedicated more free time to work ($p=0.02$), and those with an unfavorable score on the psychosocial risk scale ($p=0.007$). There was more selfcriticism among women ($p=0.013$), more social support in younger residents ($p=0.045$), more self-criticism in those with higher psychosocial risk ($p=0.017$), and among residents who dedicate more free time to work ($p=0.025$).

Conclusion: Anxiety rates are high among residents with identifiable risk factors for employing maladaptive coping strategies. We propose psychological interventions and support programs for trainees.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pandemia COVID-19 ha puesto sobre la mesa la relevancia de la salud mental, y muy especialmente la de los sanitarios de nuestro país. Sin embargo, no parece que sea un problema reciente ni atribuible en exclusiva a la situación de pandemia.

Existen numerosos estudios tanto a nivel nacional como internacional que reflejan altos porcentajes de depresión e ideación suicida entre los estudiantes de Medicina. En un estudio realizado en Estados Unidos se observa que uno de cada 3 estudiantes de Medicina presenta síntomas de depresión¹. En un estudio realizado en España se observan tasas de depresión de un 41% entre los estudiantes, siendo mayor en las mujeres (43%) frente a un 33,6% en los hombres². Además, se ha observado que las tasas también aumentan en los últimos años de carrera³. En una revisión sistemática que incluía estudios realizados en todos los continentes en los estudiantes de Medicina situaba la prevalencia de síntomas depresivos en un 27,2% e ideas de suicidio en un 11,1%¹.

Se ha relacionado esta alta prevalencia de la ansiedad y la depresión entre los estudiantes de Medicina con determinados rasgos de la personalidad, una tendencia al desapego y falta de afecto, y un excesivo uso de la racionalidad, siendo factores protectores las actividades deportivas, sociales y distracciones, muchas veces limitadas por la propia carrera universitaria¹.

Todo ello afecta a la calidad de vida de los estudiantes de Medicina, situándose España en peor posición respecto a otros países europeos y pudiendo afectar a su formación de posgrado⁴. En un estudio comparando estudiantes de

Enfermería en España, Suecia y Polonia se vio que las estudiantes españolas recurían más al humor como estrategia de afrontamiento a la ansiedad, siendo este un mecanismo poco efectivo respecto a los empleados por las estudiantes de los otros países⁵.

Durante la residencia estos datos no mejoran. Se ha observado una alta tasa de depresión entre los residentes, asociado, en diferentes estudios, a jornadas laborales excesivas, a malas relaciones en el ámbito laboral y a la alta carga asistencial que pueden condicionar a su vez a un aumento en la percepción del riesgo psicosocial⁶.

Los «riesgos psicosociales en el trabajo» se han definido por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo como «aquellos aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores»⁷.

La percepción de los factores de riesgo psicosocial produce estrés laboral, afectando de forma negativa a la salud, y se ve alimentado por la percepción de falta de control, bajo apoyo institucional, bajas recompensas y excesivas demandas. Se han observado diferencias en los riesgos percibidos en el ámbito ambulatorio y hospitalario. Los médicos de atención primaria perciben menos apoyo institucional que los del área hospitalaria; mientras que estos últimos perciben más demandas que los médicos de atención primaria⁸.

El mal ambiente psicosocial y la insatisfacción laboral afectan a las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización e influyen negativamente en el síndrome de *burnout*⁹.

El porcentaje de síndrome de *burnout* entre los residentes de Medicina es mayor al observado en la población general, lo que conlleva también a un aumento de la prevalencia de ideación autolítica en este gremio¹⁰. El ambiente psicosocial y la satisfacción laboral influyen negativamente en el síndrome de *burnout* y afectan a las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización⁹.

Así mismo, el síndrome de *burnout* entre los sanitarios se ha relacionado con la seguridad de los pacientes¹¹. Existe evidencia de que el síndrome de *burnout* condiciona la pérdida de empatía, la disminución de la productividad y el aumento de la probabilidad de cometer errores, todo ello en detrimento en la calidad de los cuidados y en la seguridad del paciente¹². En algunos estudios se ha observado que la presencia de *burnout* llega a duplicar los incidentes de seguridad¹³. En cambio, la satisfacción laboral, el clima de trabajo y el trabajo en equipo, así como la estabilidad laboral tienen un impacto positivo en el rendimiento del profesional y consecuentemente en la seguridad del paciente⁶.

Según el modelo de Lazarus y Folkman, la experiencia del estrés es el resultado de la evaluación cognitiva que hace el individuo sobre la situación que vive. Es un modelo que pone el foco en la relación del individuo con el entorno. Según estos autores, las respuestas al estrés se pueden dividir en estrés benigno, estrés tolerable o estrés tóxico. Es este último el que puede tener consecuencias negativas en la salud del individuo. Cuando identificamos nuestro tipo de respuesta cognitiva frente al estrés se pueden desarrollar distintas técnicas de afrontamiento. Sin embargo, un estado de ansiedad basal elevado precipita la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas que perpetúan un estado de ansiedad patológico¹⁴.

El personal frecuentemente usa estrategias de afrontamiento negativas, como excesiva preocupación, tendencia a la ira, adicciones a sustancias, alcohol o comida e incluso, a las pantallas, con conflictos con el personal laboral y estrategias de evitación de problemas¹⁵. Otras respuestas desadaptativas incluyen la autodistracción y la autoculpabilización¹⁶. La baja resiliencia, el estrés postraumático a una vivencia en el hospital, la autoexigencia o un soporte inadecuado por parte de los superiores, son características que influyen en una mala gestión del estrés, con respuestas de afrontamiento desadaptativas y un aumento del síndrome de *burnout*¹⁶.

A pesar de las altas tasas de ansiedad y de estrategias desadaptativas de afrontamiento a la misma durante el período de formación, pocos son los que buscan ayuda profesional, siendo el entorno familiar y las amistades las principales fuentes de apoyo¹⁷.

Han sido múltiples las herramientas que se han empleado durante la pandemia entre el personal sanitario para afrontar la ansiedad y el *burnout* durante los meses más duros de la COVID-19¹⁸.

Creemos que el sistema de formación, tal y como está planteado, implica la exposición de los residentes a llamativos riesgos psicosociales. Los estudiantes de Medicina arrastran desde los primeros años de carrera sintomatología ansiosa y depresiva. Esto supone un importante impacto personal y en consecuencia el detrimento de la seguridad de los pacientes¹⁹. Trabajar estrategias de afrontamiento adaptativas y minimizar los riesgos psicosociales en el

ambiente laboral sanitario podría suponer una mejora en la seguridad de nuestros pacientes y, en definitiva, una mejora de la asistencia sanitaria de nuestro país.

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar el estado de ansiedad de los médicos internos residentes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), así como las estrategias de afrontamiento empleadas por los mismos.

Como objetivos secundarios, se compara el grado de ansiedad y los mecanismos de adaptación a la misma en función del sexo, tipo de especialidad (médica y quirúrgica), del año de residencia y en función del riesgo psicosocial percibido. También como objetivo secundario se compara el riesgo psicosocial percibido en función de sexo, año de residencia, tipo de residencia y porcentaje de tiempo libre empleado en labores del trabajo.

En cuanto al año de residencia, se compara la primera mitad (primer y segundo año donde se realizan fundamentalmente rotaciones fuera del propio servicio) con la segunda mitad de la misma (tercero y cuarto año, donde se trabaja dentro de tu propia especialidad con un paulatino aumento de la responsabilidad).

Material y métodos

Estudio transversal, prospectivo que trata de establecer el estado de ansiedad de los residentes de un hospital Universitario de la Comunidad de Madrid y cómo evolucionan las estrategias de afrontamiento de ansiedad a lo largo de los años de la residencia.

La población del estudio incluye a los residentes de todas las especialidades MIR del HUFA. En dicho hospital existen residentes de las siguientes especialidades: medicina interna, neumología, cardiología, endocrinología, neurología, aparato digestivo, nefrología, oncología, hematología, pediatría, psiquiatría, anatomía patológica, laboratorio, medicina del trabajo, medicina preventiva y salud pública, anestesia y reanimación, cuidados críticos, medicina familiar y comunitaria, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, urología, cirugía general y traumatología.

Para la recogida de datos, se hizo llegar vía e-mail corporativo a todos los residentes del HUFA una encuesta que llenaron de forma voluntaria y anónima a través del programa Google Doc. Por lo tanto, la elección de los participantes fue aleatoria. Dicho formulario recoge:

- Datos epidemiológicos del entrevistado: fecha de nacimiento, sexo, año de residencia, especialidad.
- Encuesta STAI: método de medición de ansiedad basal y ansiedad estado.
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
- Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: adaptación que realizó el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de Comisiones Obreras de España del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) que permite valorar individualmente la exposición psicosocial en el puesto de trabajo.

El Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI [Spielberger, Gorsuch, & Lushene]), está diseñado específicamente para medir la ansiedad. Se mide la ansiedad

estado y la ansiedad rasgo. Tanto la escala estado como la escala rasgo tienen 20 ítems cada una. El cuestionario fue adaptado en España en 1982 y tiene una buena consistencia interna. La fiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,90 para la ansiedad rasgo y de 0,94 para la ansiedad estado, según un estudio realizado en población española en 2011, datos similares a los originales. Por lo tanto, se puede afirmar que la escala STAI ha mantenido unas propiedades psicométricas adecuadas y, además, ha sido sensible al aumento de los estímulos ambientales estresantes²⁰. Un estudio más reciente²¹ corrobora la consistencia interna (valores comprendidos entre 0,94 y 0,98) y estabilidad del STAI (valores R comprendidos entre 0,81 y 0,93) en la población general y clínica. No hemos encontrado estudios de validación de esta escala específicamente para residentes de Medicina, pero hemos optado por su uso porque cuenta con una gran aceptación entre los profesionales por su sencillez de realización y sus buenas propiedades psicométricas, y mide lo que pretendemos reflejar.

El CSI es una prueba diseñada para medir las estrategias que utilizan las personas para hacer frente a situaciones estresantes o adversas que se realiza mediante autoinforme. Es una herramienta útil en el contexto de la investigación clínica, permitiendo medir a los evaluadores los problemas relacionados con la adaptación al estrés. La interpretación de esta prueba se realiza mediante una puntuación de cada una de las estrategias y su comprobación con las normas establecidas. Cuenta con una buena fiabilidad y validez, lo que la hace una herramienta confiable y válida para medir las estrategias de afrontamiento. Se cuenta con una adaptación española del CSI donde se observó que dicha herramienta se comporta de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones²².

El Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) está validado en el Estado Español y es fiable. Las α de Cronbach (0,66 a 0,92) y los índices de Kappa (0,69 a 0,77) son altos. Se empleó en este estudio una adaptación realizada por el ISTAS de Comisiones Obreras de España, dada que esta es una fundación autónoma de carácter técnico-sindical constituida bajo el protectorado del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de nuestro país, por lo que tiene en cuenta las idiosincrasias del mismo.

Se hizo una pequeña descripción del estudio en el e-mail donde se mostraba el enlace que daba acceso a la encuesta, especificando el tipo de estudio que es y el objetivo del mismo. Se especificaba que el tiempo estimado que se tarda en llenar la encuesta es en torno a los 10 minutos.

La encuesta fue distribuida entre los residentes del hospital entre los meses de enero y abril de 2022, fuera de las olas de COVID-19.

La encuesta se adjunta en el anexo I. Se siguieron las normas CHERRIES para su validación²³.

Con base en los resultados de Schubert 2024 y teniendo en cuenta la población finita de residentes en el HUFA de 240, para estimar con un 95% de confianza una puntuación media con desviación 11 y una precisión de 2,5 serían necesarios 57 sujetos. Cálculo realizado con Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2, julio 2016. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS);

Universidad CES, Colombia. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT>.

Los datos se describen presentando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y mediana (Me) y rango intercuartílico (RIQ) para variables cuantitativas. Como resultado principal se estima la mediana de las escalas y su correspondiente intervalo de confianza al 95%. Se estudian las diferencias entre los residentes en función de sexo (femenino y masculino), periodo de residencia (residentes pequeños y mayores), tipo de especialidad (médica vs. quirúrgica) y riesgo psicosocial percibido. Mediante un análisis univariante mediante el test no paramétrico U de Mann-Whitney. Todos los test se consideran bilaterales y como estadísticamente significativos aquellos p menores de 0,05.

Resultados

Contestaron a la encuesta 60 residentes de los 91 a los que se les envió (un 65,9%), 43 fueron mujeres (71,7%). Cuarenta y nueve residentes eran de especialidades médicas (81,7%) y 8 de quirúrgicas (13,3%), 19 de ellos eran de primer año (31,7%) 16 de segundo año (26,7%) 11 de tercer año (18,3%) 12 de cuarto año (20%) y 2 de quinto año (3,3%).

De los encuestados, 26 (43,3%) habían acudido alguna vez al psicólogo; 25 de ellos (96,2%) lo habían hecho por motivos laborales. Treinta y cuatro encuestados (56,7%) nunca habían ido al psicólogo; pero 17 de ellos (el 50%) consideraba que les sería beneficioso ir.

Cincuenta y dos encuestados (86,7%) obtuvieron una puntuación de riesgo psicosocial desfavorable (> 10 puntos en la escala). Habían pensado alguna vez dejar la residencia por motivo de estrés y ansiedad 35 residentes (58,3%). Treinta y un participantes (52,5%) dedicaban más de un 40% de su tiempo libre a temas laborales.

La mediana estimada para el percentil de la escala STAI, que mide el estado de ansiedad basal, fue 77 (IC95%: 64,6-87). Al comparar los percentiles de la escala STAI por subgrupo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p=0,249$), aunque es más alto en las mujeres (Me: 80, RIQ: 55-90) que en los hombres (Me: 65, RIQ: 40-88,5). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del año de residencia o especialidad, pero los residentes que dedican más tiempo libre a actividad laboral presentan percentiles más altos (Me: 85, RIQ: 60-90) que los que dedican menos del 40% (Me: 62,5, RIQ: 33,75-87) de forma estadísticamente significativa ($p=0,02$), [tabla 1](#).

Sí se observaron diferencias significativas entre aquellos con una puntuación desfavorable en la escala de riesgo psicosocial, siendo la mediana de 82,5 (RIQ: 55-90) frente a una mediana de 45 (RIQ: 13,25-72,5) entre aquellos con una puntuación favorable, $p=0,007$ ([tabla 2](#)).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes frente a la ansiedad medidas con el CSI, presentaban los percentiles más altos las siguientes categorías: «Autocrítica», con una mediana fue de 75 (IC95%: 70-80,4) y «Retirada social», con una mediana de 60 (IC95%: 49,2-75); mientras que el percentil más bajo fue

Tabla 1 Puntuación de las escalas Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo e Inventory de Estrategias de Afrontamiento en función del sexo, del año de residencia, el tiempo dedicado al trabajo y del tipo de especialidad

	Mediana	p25	p75	Mediana	p25	p75	p
Sexo	Mujer (n=43)			Hombre (n=17)			
STAI	80	55	90	65	40	88,5	0,249
CSI Resolución de problemas	30	15	40	30	15	37,5	0,772
CSI Autocrítica	80	70	90	60	40	77,5	0,013
CSI Expresión emocional	70	40	85	45	35	72,5	0,091
CSI Pensamiento desiderativo	60	40	75	50	20	80	0,387
CSI Apoyo social	50	25	70	50	27,5	77,5	0,850
CSI Reestructuración cognitiva	45	30	75	45	22,5	52,5	0,387
CSI Evitación de problemas	40	20	65	40	25	60	0,908
CSI Retirada social	60	40	80	50	25	87,5	0,817
Año de residencia	1-2 (n=35)			3-5 (n=25)			
STAI	60	45	90	80	70	88,5	0,310
CSI Resolución de problemas	35	15	45	20	15	32,5	0,051
CSI Autocrítica	70	50	85	80	70	87,5	0,180
CSI Expresión emocional	70	40	85	55	35	75	0,324
CSI Pensamiento desiderativo	60	30	85	50	40	70	0,522
CSI Apoyo social	55	35	75	40	22,5	52,5	0,045
CSI Reestructuración cognitiva	50	30	75	35	27,5	55	0,115
CSI Evitación de problemas	30	20	75	50	20	65	0,815
CSI Retirada social	50	25	90	70	50	82,5	0,182
Tiempo que dedicó	< 40 (n=28)			> 40 (n=31)			
STAI	62,5	33,75	87	85	60	90	0,020
CSI Resolución de problemas	30	15	43,75	25	15	40	0,613
CSI Autocrítica	70	50	83,75	80	70	90	0,025
CSI Expresión emocional	65	45	75	55	40	85	0,873
CSI Pensamiento desiderativo	62,5	32,5	78,75	55	40	75	0,772
CSI Apoyo social	52,5	27,5	83,75	45	25	65	0,290
CSI Reestructuración cognitiva	50	30	66,25	35	30	65	0,703
CSI Evitación de problemas	40	22,5	72,5	40	20	65	0,720
CSI Retirada social	50	40	83,75	70	25	85	0,414
Especialidad	Quirúrgica (n=8)			Médica (n=49)			
STAI	72,5	16	85,25	77	50	90	0,324
CSI Resolución de problemas	35	16,25	94,25	30	15	35	0,224
CSI Autocrítica	80	48,75	93,75	75	60	85	0,580
CSI Expresión emocional	72,5	62,5	75	45	40	80	0,359
CSI Pensamiento desiderativo	57,5	42,5	72,5	55	32,5	75	0,830
CSI Apoyo social	50	17,5	85	50	35	70	0,955
CSI Reestructuración cognitiva	75	37,5	78,75	45	30	55	0,106
CSI Evitación de problemas	52,5	27,5	83,75	30	20	65	0,281
CSI Retirada social	80	40	88,75	60	40	85	0,491

CSI: Inventory de Estrategias de Afrontamiento; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

para «Resolución de problemas», con una mediana de 30 (IC95%: 20-35) y «Evitación de problemas», con una mediana de 40 (IC95%: 30-55), **tabla 3**.

Al comparar los percentiles entre hombres y mujeres en los resultados obtenidos por el CSI, observamos una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones referentes a la autocritica con una mediana de 80 (RIQ: 70-90) en mujeres frente a una mediana de 60 (RIQ: 40-77,5) en los hombres ($p=0,013$). La puntuación en la expresión emocional es también mayor en mujeres (Me: 70, RIQ: 40-85) que en hombres (Me: 45, RIQ: 35-72,5) sin alcanzar la significación estadística ($p=0,091$). Por año de residencia, encontramos que en el ámbito del apoyo social,

los primeros años de residencia presentan una mediana más alta (Me: 55, RIQ: 35-75, vs. Me: 40, RIQ: 22,5-52,5; $p=0,045$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por especialidad.

Los residentes que dedican más de un 40% de su tiempo libre a cuestiones laborales presentan percentiles más altos en autocritica (Me: 70, RIQ: 50-83,75; vs. Me: 80, RIQ: 70-90; $p=0,025$), **tabla 1**.

Según el riesgo psicosocial, vemos que de forma estadísticamente significativa la puntuación en el ámbito de la autocritica es mayor en el grupo de mayor riesgo con una mediana de (Me: 50, RIQ: 35-72,5, vs. Me: 80, RIQ: 62,5-88,75; $p=0,017$), **tabla 2**.

Tabla 2 Puntuación Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo e Inventory de Estrategias de Afrontamiento en función del riesgo psicosocial

	Puntuación de riesgo						p	
	< 10 (n=8)			> 10 (n=52)				
	Mediana	p25	p75	Mediana	p25	p75		
STAI	45	13,25	72,5	82,5	55	90	0,007	
CSI Resolución de problemas	30	15	57,5	27,5	15	40	0,835	
CSI Autocrítica	50	35	72,5	80	62,5	88,75	0,017	
CSI Expresión emocional	67,5	26,25	75	55	40	80	0,974	
CSI Pensamiento desiderativo	40	12,5	73,75	57,5	40	75	0,190	
CSI Apoyo social	45	27,5	85	50	27,5	70	0,802	
CSI Reestructuración cognitiva	52,5	37,5	77,5	40	30	55	0,217	
CSI Evitación de problemas	45	22,5	86,25	40	20	65	0,519	
CSI Retirada social	45	25	75	60	40	85	0,260	

CSI: Inventory de Estrategias de Afrontamiento; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

Discusión

Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio que se centra no solamente en medir los niveles de ansiedad entre los residentes de un hospital en España, sino en incidir en los distintos mecanismos de afrontamiento a la misma y por tanto identificando los posibles campos de acción mediante programas de apoyo psicológico dirigidos.

El personal en formación generalmente es personal joven con escasa experiencia en el manejo de situaciones clínicas estresantes para las que muchas veces no se sienten preparados. La carga de trabajo excesiva es una fuente importante de estrés especialmente en los médicos con menos experiencia.

Muchos estudios relacionan el inicio de la formación médica especializada del Médico Interno Residente (MIR) con

Tabla 3 Descriptivo de la puntuación escalas Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo e Inventory de Estrategias de Afrontamiento en la muestra

	Mediana	Intervalo de confianza al 95%
STAI Puntuación directa ansiedad rasgo	29	26 33
Percentil	77	64,61 87
Decatípico	7	6 9
CSI Resolución de problemas Puntuación	12	10 13
Percentil	30	20 35
Desviación típica	-0,45	-0,85 -0,25
CSI Autocrítica. Puntuación	9	7 11,08
Percentil	75	70 80,39
Desviación típica	0,77	0,37 1,18
CSI Expresión emocional. Puntuación	9,5	8 12
Percentil	57,5	45 75
Desviación típica	0,1	-0,19 0,6
CSI Pensamiento desiderativo. Puntuación	13	11 15
Percentil	55	40 65
Desviación típica	0,27	-0,13 0,66
CSI Apoyo social. Puntuación	11	9 12,08
Percentil	50	40 55,77
Desviación típica	0,01	-0,38 0,22
CSI Reestructuración cognitiva. Puntuación	9	8 10
Percentil	45	35 50
Desviación típica	-0,24	-0,44 -0,03
CSI Evitación de problemas Puntuación	4	3 6
Percentil	40	30 55
Desviación típica	-0,45	-0,7 0,05
CSI Retirada social. Puntuación	4	2,92 6
Percentil	60	49,23 75
Desviación típica	0,02	-0,36 0,46

CSI: Inventory de Estrategias de Afrontamiento; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

el desarrollo de estrés, lo cual puede estar condicionado por el cambio de vida que supone iniciar esta etapa. El estrés derivado del inicio de esta etapa se correlaciona de forma directa con las variables afectivas de depresión, estado y rasgo de ansiedad, y de forma indirecta con las variables de calidad de vida. La respuesta a este estrés puede ser adaptativa o desadaptativa, en lo cual pueden influir tanto los rasgos de personalidad (se han relacionado las actitudes desadaptativas con mayores niveles de neuroticismo) como incluso a componentes genéticos, que pueden diferir entre los hombres y las mujeres²⁴.

En nuestro estudio los resultados demuestran que las residentes muestran mayores grados de ansiedad y mayores grados de autocritica, datos que coinciden con lo visto en otros estudios²⁵. Es posible que las residentes puedan sentir una mayor presión respecto a los compañeros varones, con un grado de autocritica mayor. Creemos que puede influir que las residentes sientan que tienen más que demostrar que sus compañeros varones y se sientan más juzgadas a la hora de hacer su trabajo. Esto pone en importancia la necesidad de tratar en los hospitales la percepción de las mujeres y tratar de entender qué está ocurriendo para que las mujeres de forma significativa sientan más presión que sus compañeros varones.

Vemos que a medida que avanza la residencia el apoyo social va disminuyendo de una forma estadísticamente significativa. Normalmente en los primeros años de residencia los residentes comparten más tiempo juntos como consecuencia de las rotaciones clínicas. El aumento de la responsabilidad que se va adquiriendo a lo largo de los años de la residencia parece que puede influir en aislarse de los compañeros de profesión, siendo un aspecto que impacta de forma negativa en la ansiedad. Creemos que sería conveniente fomentar actividades encaminadas a aumentar la camaradería entre los residentes del mismo año y los compañeros de trabajo, con el fin de disminuir la sensación de aislamiento y falta de apoyo en el puesto de trabajo. Sesiones conjuntas con compañeros en las que se dedique un tiempo periódico a hablar con otros compañeros de profesión, podría ser muy útil en mejorar este aspecto²⁶.

Vemos que aquellos que tienen un mayor grado de autocritica son aquellos que perciben un mayor riesgo psicosocial y que dedican más tiempo libre a cuestiones laborales. Parece lógico pensar que aquellos residentes más inseguros o exigentes sientan mayor presión y necesiten dedicar más tiempo a perfeccionar su trabajo. Creemos importante identificar a aquellos residentes que puedan tener unos grados altos de autocritica, pudiendo apoyarles en disminuir esta sensación cuando se convierte en un mecanismo desadaptativo para afrontar la ansiedad que sus rasgos les producen. A este respecto es del mismo modo importante asegurarse que se cumplen los tiempos de descanso y que el ambiente laboral es óptimo. Es importante que la responsabilidad que se asuma por parte de los residentes sea paulatina y que en todo momento se sientan apoyados por sus supervisores a la hora de tomar decisiones relevantes y tener siempre claro cuál es su papel.

Los médicos residentes suelen tener un buen estado de salud general autopercibido, aunque ligeramente peor que el de la población general de su misma edad, con mayor vulnerabilidad a las enfermedades mentales, lo cual impacta en su formación como especialistas. Esto es algo que implica

directamente a tutores y jefes de docencia, quienes requieren mayor preparación para abordar estas situaciones. En otros países existen programas de atención específicos para médicos residentes, no así en España. Es necesaria una mayor información y formación sobre autocuidado entre los residentes y programas de detección de estas enfermedades, que no solo impliquen al hospital responsable de la docencia sino que también incluya a otras instituciones superiores como los colegios oficiales de médicos²⁶.

Por todo ello, estrategias para mejorar la resiliencia, la gestión del estrés y la assertividad pueden ser útiles a la hora de minimizar los efectos negativos en el personal médico en formación. Además, podría influir positivamente en disminuir la ansiedad el desarrollo de una identidad como profesional sanitario, el conocimiento exacto de las funciones y responsabilidades como residente y una estrategia cognitivo conductual como respuesta al estrés. Un programa enfocado a la mejor gestión del estrés laboral y ansiedad puede traducirse en un crecimiento emocional y profesional de los residentes intentando mejorar aspectos como la confianza, conciliación familiar y personal, la gestión de las expectativas, la resiliencia y el trabajo en equipo²⁷.

Las puntuaciones de los percentiles en materias importantes para afrontar la ansiedad de forma adaptativa son muy bajos. Nótese que hubo percentiles de 99 (las peores puntuaciones posibles) en todos los casos, incluidos en la autocritica, evitación de problemas o retirada social. Esto refleja unos mecanismos desadaptativos a la ansiedad entre los residentes, lo que influye en aumentar los niveles de ansiedad, ya basalmente altos desde los primeros años de residencia.

Durante los años de residencia los niveles de ansiedad son altos. La ansiedad es mayor entre las mujeres, en aquellos que dedican más tiempo libre al trabajo y entre aquellos que perciben un riesgo psicosocial desfavorable. No hay diferencias entre los distintos años de residencia, de lo que inferimos que no se trabaja lo suficiente en las estrategias de afrontamiento de ansiedad durante los años de formación. Es posible identificar marcadores de riesgo para ofrecer programas de apoyo psicológico precoz.

Creemos que este estudio visualiza los altos rangos de ansiedad entre los profesionales sanitarios en formación y los mecanismos desadaptativos que utilizan para afrontarla, perpetuando un el problema. Este estudio da unas claves acerca de los rasgos a trabajar con los residentes y propone unas escalas sencillas que permiten identificar precozmente aquellos residentes que puedan necesitar una intervención psicológica para evitar que se perpetúen a lo largo de los años de formación, disminuyendo sufrimiento y en última instancia mejorando su rendimiento laboral. Sería quizás conveniente ampliar el presente estudio haciendo llegar las encuestas a otros centros del territorio nacional para poder sacar conclusiones a gran escala, así como dirigir también la atención a jefes de docencia y tutores para conocer su opinión al respecto.

Como limitaciones, los niveles de participación de los residentes han sido especialmente bajos en los últimos años de residencia (5.º año) y entre los residentes de especialidades quirúrgicas, dato curioso porque en un estudio realizado en el mismo hospital los residentes de estas especialidades mostraban altos²⁸. Del mismo modo, no

están representadas otras especialidades de servicios centrales como anatomía patológica u otras especialidades, que por las características del hospital no cuentan con ellas. Sería conveniente realizar más estudios en esta dirección con mayor representación de residentes de otras especialidades y de otros hospitales de diferentes comunidades autónomas.

Responsabilidades éticas

El presente trabajo fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, el 18 de octubre de 2022. La realización de la encuesta fue voluntaria y anónima como se explicaba en el encabezado de la misma. La participación por tanto era voluntaria. El hecho mismo de participar infiere el consentimiento del participante.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna remuneración en la realización del trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Presentación en congresos

El presente trabajo fue presentado como póster tipo A en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) del 2022 celebrada del 23 al 25 de noviembre en Gijón, España.

Anexo A. Dato suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100933>.

Bibliografía

1. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:2214–36.
2. Capdevila-Gaudens P, Miguel García-Abajo J, Flores-Funes D, García-Barbero M, García-Estañ J. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. *PLoS One*. 2021;16(12 December):1–16.
3. Azad N, Shahid A, Abbas N, Shaheen A, Munir N. Frequency of anxiety and depression in medical students of a private medical college [Internet]. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29:123–7. Disponible en: <http://www.jamc.ayubmed.edu.pk123>.
4. Bertani DE, Mattei G, Ferrari S, Pingani L, Galeazzi GM. Studi sperimentali anxiety, depression and personality traits in Italian medical students [Ansia, depressione e tratti di personalità in studenti di medicina in Italia]. *Riv Psichiatr*. 2020;55.
5. Kupcewicz E, Grochans E, Kaducáková H, Mikla M, Jóźwik M. Analysis of the relationship between stress intensity and coping strategy and the quality of life of nursing students in Poland, Spain and Slovakia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):1–16.
6. Garcia C, Abreu L, Ramos J, Castro C, Smiderle F, Santos J, et al. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (B Aires)*. 2019;55(9):553.
7. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. Editor's Note: Commentaries on this [Internet]. *Acad Med*. 2009;84:1182–91. Disponible en: <http://journals.lww.com/academicmedicine>.
8. Talavera-Velasco B, Luceño-Moreno L, Martín-García J, Navarro-Canedo A. Factores de riesgo psicosocial en médicos de la provincia de Valladolid: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Aten Primaria*. 2016;48(6):424–6.
9. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008;22(4):300–8.
10. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2016;50(1):132–49.
11. Dews CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):195.
12. Jansen NA. Clarifications Needed on Study of Association Between Physician Burnout and Patient Safety. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):592.
13. Hodkinson A, Zhou Anli, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;378, e070442.
14. Dews CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6), e015141.
15. Chew QH, Holmboe E, Sim K. Learning environment, stress and coping in psychiatry residents within a longitudinal study. *Perspect Med Educ*. 2019;8(3):160–6.
16. McCain RS, McKinley N, Dempster M, Campbell WJ, Kirk SJ. A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgrad Med J*. 2018;94(1107):43–7.
17. Earle L, Kelly L. Coping Strategies, Depression, and Anxiety among Ontario Family Medicine Residents [Internet] [consultado 24 Oct 2023]. Disponible en: www.cfpc.ca/cfp.
18. Dincer B, Inangil D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *Explore*. 2021;17(2):109–14.
19. Azad N, Shahid A, Abbas N, Shaheen A, Munir N. Anxiety and depression in medical students of a private medical college. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(1):123–7.
20. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) [Internet]. *Psicothema*. 2011;23:510–5. Disponible en: www.psicothema.com.
21. Ortúñoz-Sierra J, García-Velasco L, Inchausti F, Debané M, Fonseca-Pedrero E. New approaches on the study of the psychometric properties of the STAI. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(3):83–92.
22. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(1):29–39.
23. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3), e34.
24. Muñoz Ruiperez C, Borobia Fernández C, Rubio Valladolid G. Universidad Complutense De Madrid Facultad De Medicina

- Departamento de Toxicología y Legislación sanitaria factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad-protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes: Aplicación desde la prevención de riesgos laborales memoria para optar al grado de doctor presentada por la dirección de los doctores; 2014 [consultado 02 Mar 2024]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/f5a6e69f-6712-40df-b318-656a30b4657e>.
25. Alosaimi FD, Almufleh A, Kazim S, Aladwani B. Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: a cross-sectional national study. *Pak J Med Sci*. 2015;31(3):504–9.
26. Perez-Alvarez C. El medico residente como paciente: análisis del proceso de enfermar, de las cuestiones éticas y formativas, y del futuro desarrollo profesional [consultado 26 Feb 2024]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es>.
27. Satterfield JM, Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ*. 2010;44(9):908–16.
28. Lucas-Guerrero V, Pascua-Solé M, Ramos Rodríguez JL, Trinidad Borrás A, González de Pedro C, Jover Navalón JM, et al. Burnout in general surgery residents. Survey from the Spanish Association of Surgeons. *Cir Esp*. 2020;98(8):442–9.