

79
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTILOS DE COMPORTAMIENTO BAJO PRESION
EN MEDICOS RESIDENTES DE DIFERENTES
AREAS DE ESPECIALIDAD.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. ISABEL GONZALEZ MENDOZA**

**DIRECTOR DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
SINODAL REVISOR: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ
ASESOR METODOLOGICO: LIC. MA. DEL CARMEN GERARDO PEREZ**



MEXICO, D. F.

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

271209



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS :

*Por darme la oportunidad de vivir, gozar de salud
y contar con personas que siempre están conmigo,
a las que debo la alegría de la existencia.*

A MI PADRE :

*Por ser siempre responsable y dedicado a su familia,
porque me enseñó el valor del trabajo y el estudio para
contar con una profesión y hacer algo en la vida.*

A MI MADRE :

*Por que con su nobleza, dedicación y cariño
trato de cuidar de que no faltará la unión en
nuestro hogar, y por ser más que una madre,
una amiga.*

A MIS HERMANAS : † *Salus, Alberta y Evelia
Que siempre me han acompañado, han apreciado y
compartido mis logros, y me impulsaron en todo
momento para concluir este trabajo.*

A MIS HERMANOS : Jorge y Enrique

*Por su inocencia e inquietud, aprendí que siempre
hay que ser niño para apreciar y disfrutar
los momentos mas simples de la vida.*

A RICARDO :

*Por que con su amor y compañía he podido superar
cualquier obstáculo que se presente, y me ha
apoyado incondicionalmente para seguir adelante.*

Al personal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, que me brindo la oportunidad de trabajar con material y equipo en las instalaciones del Instituto.

*Dr. Niels Wachter Rodarte,
por su disposición para ocupar un espacio dentro del Hospital y brindarme las facilidades para trabajar con su personal.*

De manera muy especial agradezco su tiempo y dedicación a la Lic. Enriqueta Cruz Luna, porque me guió y orientó para realizar esta investigación sin el cual esta meta no se hubiera cumplido.

También mi agradecimiento al Dr. Abdiel, porque dedicó parte de su tiempo libre y de labores al desarrollo de este trabajo.

*A mis sinodales, maestros y compañeros :
que me apoyaron en diversos momentos para concluir una etapa más en el desarrollo de mi vida profesional.*

A todos los que confiaron en mí e hicieron posible la realización de este trabajo :

¡ GRACIAS !

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO I: ANTECEDENTES DEL ESTRES

1.1.- Concepto de estrés	6
1.2.- Síndrome General de Adaptación (SGA).....	7
1.3.- Estrés-ansiedad, eustrés y distrés	13
1.4.- Estrés y rendimiento académico de médicos en especialidad	20

CAPITULO II: LA TECNICA CLEAVER

2.1.- Antecedentes teóricos	24
2.2.- Descripción de la técnica	29
2.3.- Perfil profesional del médico residente en especialidad	40

CAPITULO III: METODO

<i>3.1.- Justificación del problema</i>	<i>45</i>
<i>3.2.- Planteamiento del problema</i>	<i>46</i>
<i>3.3.- Variables</i>	<i>47</i>
<i>3.4.- Selección de la muestra</i>	<i>57</i>
<i>3.5.- Tipo de estudio</i>	<i>58</i>
<i>3.6. Diseño</i>	<i>59</i>
<i>3.7.- Instrumento</i>	<i>60</i>
<i>3.8.- Procedimiento</i>	<i>61</i>

CAPITULO IV: RESULTADOS

<i>4.1.- Conclusiones</i>	<i>87</i>
<i>4.2.- Limitaciones y Sugerencias</i>	<i>93</i>

BIBLIOGRAFIA

95

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo, descriptivo retrospectivo transversal de campo y ex post facto en 633 médicos residentes que cursan una especialidad médica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Con el objetivo de determinar los estilos de comportamiento bajo presión de los médicos residentes en tres diferentes áreas de especialidad, grados y sexo. Para tal fin, se utilizó la escala "L" de trabajo bajo presión de la Técnica Cleaver, obteniendo las combinaciones que predominan en cada uno de los grupos: en el área médica 44 residentes (16.6%) presentaron un alto grado de influencia y bajo grado de dominio, en la quirúrgica 57 residentes (19.6%) presentaron un alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia, para la de diagnóstico 13 (16.9%) presentaron alto grado de influencia y bajo grado de dominio. En lo que se refiere al grado 11 médicos de primer ingreso (17.2) presentaron alto grado de influencia y bajo grado de constancia, en los de reingreso el 16.6% (73 médicos) presentaron alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia, en los egresados un 20.9% (27 médicos) alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia. Por sexo las combinaciones que predominaron fue; en el masculino un 18.3% (78 varones) presentaron alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia y para las mujeres residentes 47 de ellas (22.7%) presentaron alto grado de influencia y bajo grado de dominio.

INTRODUCCION

En México existe una gran preocupación por la educación en todos los niveles, sobre todo en los de formación profesional que exigen un alto grado de conocimiento, experiencia y competitividad para concluir un programa establecido de trabajo. Tal es el caso de la educación médica, ésta se ha extendido a muy diversos campos dando origen a las especialidades, ya que la sociedad demanda cada vez mayor precisión y perfección técnica en sus diagnósticos y tratamientos. En los últimos cincuenta años, las especialidades médicas han proliferado y en consecuencia las residencias hospitalarias. Actualmente la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Hospital de Especialidades del C.M.N. S.XXI es sede de 22 especialidades, además de diplomados y cursos de especialización. Además otros Institutos tanto públicos como privados avalan cursos para la formación especializada de los médicos. Estas residencias y cursos de especialización constituyen un proceso de profundización y perfeccionamiento de conocimientos, destrezas, hábitos y dominio de tecnologías.

Durante el desarrollo de la residencia, los médicos enfrentan una serie de presiones propias de la profesión, como sería enfrentar día con día la enfermedad, deterioro y muerte de los pacientes tan frecuente dentro del

medio hospitalario en que se desenvuelven y que exigen una constante adaptación a situaciones nuevas y en ocasiones inesperadas, que generan diversos niveles de tensión. Se ven expuestos a presiones académicas derivadas del volumen de material para estudiar y la constante evaluación de conocimientos tanto en actividades prácticas como en la aplicación de frecuentes exámenes, largas horas de trabajo, falta de sueño, fatiga, además de dificultades clínicas, con los pacientes, así como presiones propias de problemas personales tales como matrimonio, paternidad, independencia financiera y actividades sociales Jack, D. McCue, 1985 [14] , John A. Toews [15], 1993 y Resident Services Committee, 1988[23] .

Algunos de estos médicos logran adaptarse, enfrentando exitosamente estas situaciones, pudiendo realizar lo mejor posible las actividades propias de la residencia. Sin embargo, la gran mayoría tienen dificultades con los procesos de enseñanza y en las relaciones interpersonales, sobretodo durante la primera mitad del entrenamiento. Butterfiel 1988 [3], Donald 1991[8], Hosmer 1979 [13] y Jack D. McCue 1985 [14].

Existe evidencia de que la tensión alcanza altos niveles en el primer año de residencia, derivada ésta del temor al fracaso por la inexperiencia, la cual puede llegar a crear signos que delatan problemas que alcanzan excesivas proporciones, los cambios psicológicos pueden ser dramáticos y tener serias complicaciones en la salud física y mental que pueden reflejarse en el entrenamiento; tales como déficits en la memoria a corto plazo, problemas de atención, inhabilidad para aprender y responder

apropiadamente, deterioro cognitivo, alcoholismo, abuso de drogas ó alteraciones emocionales caracterizados por afectos inapropiados como irritabilidad, severa depresión e inclusive suicidio. En algunos estudios de John A. Toews J. M. en 1993 [15] y Sharon T. 1992 [26] se reporta que las mujeres residentes en medicina presentan estas alteraciones más severas que sus colegas masculinos Butterfiel 1988[3], McCue 1985 [14], Toews 1993 [15], Resident Services Committee 1988 [23] y Sturmtha 1980 [27].

Podemos observar que las exigencias institucionales son ambiciosas. En un estudio realizado en 1995 por la Jefatura de Enseñanza e Investigación del H.E. a cargo de la Dra. Cruz Luna^[5], se encontraron demandas en los alumnos residentes; como incremento en el apoyo tutorial por parte de los profesores o médicos de base, disminución de la carga de trabajo, más tiempo y apoyo para consulta bibliográfica y material didáctico. Ante la insatisfacción de estas demandas aunadas a las necesidades personales de los médicos, su organismo recurre a la utilización de mecanismos de defensa para amortiguar el impacto desestabilizador.

En estos procesos la intervención psicológica sería de gran utilidad, la cual no ha cobrado la importancia que merece dentro del ámbito de la educación y formación de médicos residentes en especialidad, ya que sólo ha comprendido la selección de alumnos mediante evaluaciones psicométricas y obtención de perfiles entre otras actividades. Agregado a ésto, en nuestro país se conoce poco acerca de los trastornos que presenta

la población médica mexicana y mucho menos se a tomado la iniciativa por atender esta problemática y plantear alternativas de apoyo psicológico para los más afectados, que ocasiona trastornos y bloquea el desarrollo de las actividades provocando incluso incapacidad para continuar con una tarea, haciendo que la persona se siénta frustrada y esto lleve al fracaso escolar.

Aunque el estrés en general es considerado como desagradable, su presencia puede desarrollar cualidades importantes, siempre y cuando no alcance niveles extremos; por ejemplo, en la residencia cierto nivel de presión es necesario para estimular y facilitar la adquisición de nuevos conocimientos, experiencias, actitudes y conductas que favorecen la elevación del rendimiento académico y alcance de las metas planteadas. Si este estrés es positivo el residente alcanza el éxito y se adapta apropiadamente al medio, siendo que el nivel óptimo de estrés positivo es variado para cada uno de los residentes Ausbel 1983[2], Felsten 1992[10], Everly 1989[12], McCue 1985 [14] y Resident Services Committee 1988[23]

Asumiendo la importancia de los factores antes mencionados y su influencia en el proceso de enseñanza - aprendizaje en los médicos en formación, el presente trabajo pretende investigar los estilos de comportamiento bajo situaciones de presión o limitaciones que existen en los médicos residentes que cursan una especialidad médica.

Para tal fin se realizó un estudio con una muestra de médicos residentes de diferentes áreas de especialidad, grados y sexos del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepulveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, utilizando la técnica Cleaver. Para establecer un perfil que sea tomado como base que permita identificar de manera más clara, las características de comportamiento bajo situaciones de presión de los médicos residentes en las distintas áreas de especialidad.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DEL ESTRES

1.1.- Concepto de estrés

El hombre por naturaleza es un ser dinámico y aún antes de abandonar el seno materno, es “bombardeado” por un sin fin de estímulos, que de alguna forma atentan contra su organización. Posteriormente, desde su nacimiento y hasta su muerte, aumentan esos factores que lo obligan a establecer una lucha constante de adaptación con su medio ambiente; desde su infancia, en el hogar, en la escuela y en su etapa adulta como en la senil en los diferentes ámbitos donde se desenvuelva.

La complejidad de la vida moderna prácticamente garantiza que todas las personas enfrentarán periódicamente situaciones peligrosas o difíciles que les producen tensión, siendo que ésta forma parte de la vida cotidiana y se encuentra presente en la mayoría de los actos de la vida, se vera también como un factor para el crecimiento y desarrollo de los seres humanos. Puesto que ésta es un elemento tan importante en la evolución de los sujetos es indispensable entenderla y conocer su proceso de acción, describir el proceso psicobiológico de la tensión; donde la ansiedad y los estresores son algunos de los principales elementos que la conforman.

Siendo que el punto central del tema es la tensión, se hace referencia al estrés por la estrecha relación que guardan estos dos términos entre sí.

Aunque no se conocen bien los mecanismos a través de los cuales ejercen su influencia los estresores, es conveniente hablar de una respuesta al estrés, como aquella que significa una perturbación al equilibrio, y la percepción de una amenaza ante un estresor, ambos se hayan entre los más importantes. Algunos autores lo han vislumbrado desde el aspecto biológico, por ejemplo; Hans Selye (1936) ^[6] quien fue el primero en trabajar objetivamente sobre el estrés, lo definió como el "conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, lo que llevo a encuadrarlos como un síndrome inespecífico; sea esto como el conjunto de los síntomas de una enfermedad sin que tuviera un agente productor específico, para este autor el estrés no es una demanda ambiental sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda".

1.2.- Síndrome General de Adaptación (SGA).

Una característica clara y concisa según Selye (1936), es que la tensión nerviosa, la manifestaran solo aquellos organismo vivos, que tienen un sistema nervioso estructurado, así que las reacciones de la misma son específicas, causadas por un agente en especial y esas reacciones serán inducidas a alguna parte del organismo específicamente. Lo anterior lo llevó a crear un nuevo término que denominó como el Síndrome General de Adaptación, en virtud de que éste síndrome aparece ligado al proceso de la adaptación porque estimula a las defensas necesarias para la adquisición y continuidad de un estado de acostumbamiento. El término general, se debe

a que es producido solamente por agentes que tienen un efecto general sobre extensas regiones del organismo.

En 1950 H. Selye lo definió de modo más preciso y circunscribió el concepto de estrés a una característica de reacción fisiológica, donde revela los síntomas del síndrome general de adaptación, el cual consta de tres fases:

I.- Reacción de alarma

II.- Reacción de resistencia

III.- Estado de agotamiento

y que a continuación se explicará en que consiste cada una de estas tres fases:

- I. Reacción de alarma.*

Producida por la exposición repentina a una situación angustiosa, se presenta un llamado de auxilio contra los efectos del agente y comprende la fase de shock inicial con una disminución de la fuerza del individuo y una fase en la que los mecanismos de defensa del cuerpo reaccionan al shock, donde se desencadena un estado de ansiedad.

Ahora bien, ningún organismo puede permanecer en esta primera etapa; si el agente "alterador" es demasiado peligroso, o si su exposición es continua y no es compatible con la vida, el organismo perecerá. Si la supervivencia es posible ante los efectos nocivos del agente, esta reacción de alarma será seguida por la siguiente etapa.

- *II. Reacción de resistencia.*

Cuando algún agente está en continua exposición sobre cualquier organismo o parte de ese organismo, éste hará, por los canales adecuados un aviso de la situación por la que está pasando, y la parte correspondiente de dicho organismo, ordenará que se preparen las defensas adecuadas para contrarrestar los efectos desestabilizadores.

Los signos de la reacción de alarma disminuyen conforme el mecanismo homeostático intenta adaptarse a dicho agente. Pero esta "resistencia" emplea energía que puede ser necesaria para otras funciones vitales, por lo que existen ciertos límites para la capacidad de adaptación del organismo.

El estado latente de esta etapa, provoca una adaptación a los efectos nocivos del agente, pero esa adaptación se pierde eventualmente y se produce un estado similar a la Reacción de Alarma, entrando el organismo a la tercera etapa, conocida como Estado de Agotamiento.

- *III. Estado de agotamiento.*

En esta etapa el estado de adaptación se derrumba, cada una de las características de esta reacción se deriva de una concomitancia compleja de componentes corticales hipofisarios y adrenalínicos. El organismo vuelve a hacer un llamado similar al de la Reacción de Alarma, para buscar un equilibrio usual del mismo, de tal suerte, que si algún organismo se encuentra constantemente bajo situaciones de presión, mostrará un

envejecimiento prematuro por el desgaste en demasía de energía empleada para llevar a cabo este proceso. Hay que mencionar que no hay ciclos que cada una de las etapas del Síndrome General de Adaptación (SGA) tenga que cumplir para que se pase de una etapa a la otra, lo anterior puede basarse a las diferencias individuales.

Aún cuando no haya un peligro objetivo, el solo hecho de considerar amenazante una situación, hará que el mensaje de tensión se transmita y se active el Síndrome General de Adaptación (SGA) y como consecuencias fisiológicas habrá una condensación en el aumento del metabolismo, alteración que produce en el ser humano, la necesidad de incrementar su consumo de oxígeno con el consiguiente cambio en el ritmo cardíaco y respiratorio. Además la ventilación se vuelve más profunda, el corazón late más aprisa, la presión arterial sube, la sangre es desviada de los órganos abdominales hacia el corazón, al cerebro y a los músculos, el hígado, descarga su reserva de azúcar en la sangre, el bazo se contrae y descarga su reserva de glóbulos rojos y la médula suprarrenal se descarga de adrenalina, es decir en forma general el organismo se prepara para la lucha, obteniendo una superabundancia de energía para ser utilizada inmediatamente de ser necesario.

Podemos decir que las reacciones ante situaciones de presión, sus resultados, respuestas o manifestaciones se cuantifican solamente por los cambios observados. Por lo tanto; el estrés es el estado que se manifiesta por

un síndrome específico que consiste en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico.

Por su parte Walter B. Cannon (1920) ^[6], eminente fisiólogo, también se refirió en términos generales al estrés y a las tensiones causadas cuando la enfermedad actúa sobre ciertos mecanismos específicos necesarios para la Homeostasis, es decir el mantenimiento de un estado constantemente normal en el organismo.

Toffler (1970) ^[6] lo ha estudiado a partir de los aspectos sociales y lo ha atribuido "a la creciente anomía de una sociedad industrial en la que hemos perdido algo de nuestro sentido de identidad, de nuestras raíces y significación tradicionales".

Desde el punto de vista psicológico, se consideran los aspectos individuales para el proceso de estrés, donde todo organismo es diferente uno del otro, por lo que una situación produce alto grado de tensión para una persona y para otra será mínima la alteración que tenga el agente nocivo. Hay que mencionar la importancia de la estructura de personalidad de los sujetos, "el estrés es una relación particular del individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar físico y emocional" Conde 1975 y Lazarus 1986.

Si reflexionamos sobre las definiciones anteriores podemos percatarnos de que resultan parciales, ya que no proporcionan una explicación real del

concepto de estrés, pues éste no obedece simplemente a una manifestación fisiológica, a eventos externos, o a fenómenos internos; Spielberger (1980)^[6] lo define como "un complejo proceso psicobiológico que comprende tres elementos principales:

- 1. Agente: Situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo productor de estrés.*
- 2. Percepción de amenaza: Apreciación de dicha situación o estímulo por parte del individuo como dañino o nocivo.*
- 3. Ansiedad: Reacción emocional que consiste en reacciones subjetivas como temor, nerviosismo preocupación así como cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y náuseas".*

Este proceso puede describirse de la siguiente manera:

Tensión = Agente -> Percepción de amenaza -> Edo. de Ansiedad.

Se puede decir que este autor hace implícita la interrelación de los tres aspectos: la presencia del estímulo el cual surge del medio social, la valoración del sujeto a un estímulo la cual depende de su historia psicosocial, que va a influir en sus respuestas emocionales y fisiológicas y por ende en su medio social.

De acuerdo a lo anterior es factible adherirse a la opinión de Mckay, Davis y Fanning (1988)^[18], quienes consideran “el estrés es un síndrome en donde se combinan tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas, los cuales interactúan de tal manera que hacen que un individuo reaccione con conductas específicas como ansiedad, cólera, miedo o depresión entre otros”.

1.3.- Estrés-ansiedad, eustrés y distrés.

Después de haber llegado a una conclusión sobre lo que es el estrés y considerando que la ansiedad es una reacción del mismo, describiremos los aspectos que caracterizan este estado: explícita o implícitamente se considera que la ansiedad es un estado emocional que está en relación con la presencia real o imaginaria de estímulos o situaciones aversivas que de acuerdo con su intensidad produce un conjunto de manifestaciones que interfieren con la conducta habitual del individuo, a veces facilitándola y otras entorpecéndola. Estas manifestaciones pueden ser de dos tipos; a nivel de sensaciones percibidas como desagradables y a nivel de respuestas del Sistema Nervioso Central.

El comportamiento producido por el estado de ansiedad según el CIE-10^[19-20] y el DSM-IV^[1] incluye inquietud, temblores, expresiones faciales de miedo, sudoración, falta de energía y fatiga, el ritmo cardíaco se incrementa, la presión arterial se eleva, la respiración es más rápida y profunda, los músculos se ponen rígidos, sequedad en la boca, sensación de perder el

control, dificultad para concentrarse y para conciliar el sueño así como molestias gástricas. Los cambios fisiológicos que acompañan tales manifestaciones conductuales son básicamente las mismas que ocurren cuando se activa el eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide" por las reacciones de tensión.

Es necesario señalar que el estrés puede ser negativo o positivo. Sin embargo, las respuestas negativas son las que generalmente captan la mayor parte de nuestra atención. El estrés negativo, puede entenderse como aquel que impide responder de una manera adecuada al individuo, no permite un desarrollo de éste y puede llegar a ser deteriorante para el organismo.

En cuanto al estrés positivo tiene un papel preponderante en el desarrollo humano, siempre se requiere de un poco de excitación ya que el estrés cumple un papel básico. Si recordamos que una manifestación de ansiedad conlleva a sentimientos como el miedo que funge como una señal que alerta al organismo, para eliminar un peligro o evitarlo y así mantener la supervivencia. Al respecto Charles Darwin (1872) ^[6], consideraba al miedo como una condición humana fundamental que consiste en excitar y activar al organismo para que se enfrente al peligro externo. En su teoría de la evolución natural comentaba "Los organismos que reaccionan con poco o demasiada fuerza en las situaciones de peligro tienen más probabilidad de perecer y ser eliminados del grupo. Por el contrario experimentar un grado óptimo de miedo, que permita adaptarse con más facilidad, tiene más

probabilidades de sobrevivir y solamente los sobrevivientes pueden transmitir su capacidad de adaptación a las generaciones futuras".

Algo similar encontramos en las investigación de W.B. Cannon (1929) ^[6], con su "respuesta de lucha o escape", así como en la reacción de alarma del Síndrome General de Adaptación de Hans Selye (1956-1974) ^[6] quien también distingue el estrés positivo del negativo, claramente señala que no todo estrés es deteriorante, argumenta que el estrés puede ser positivo, en tanto que puede motivar una fuerza que mejora el equilibrio de la vida. El llamo al estrés positivo "eustrés" (prefijo EU del griego que significa: bien o bueno) y al estrés negativo "distrés" (prefijo DIS del griego que significa dificultad o contrariedad).

Además H. Carrol (1972) ^[6] señala que una buena respuesta disminuye las tensión emocional satisface las necesidades del sujeto, favorece a su desarrollo cognoscitivo, apoya a su autorrealización y le permite acentuar su función integradora. Una respuesta mala, en cambio disminuye el estado de tensión emocional que provoca un estancamiento en el desarrollo cognoscitivo, obstruye la fase integradora y retarda el proceso de autorrealización. Por su parte, Richard H. Dana (1972)^[24], en su libro Teoría y práctica de la psicología clínica, considera que la persona que funciona relativamente bien, presentara manifestaciones sintomáticas de ansiedad en su conducta "normal".

Resumiendo con respecto a este punto, el estrés puede considerarse positivo cuando permite prepararse ante los estímulos para responder adecuadamente a ellos, haciéndose acreedor de la experiencia personal o heredada, a fin de predecir las consecuencias en situaciones similares, interactuar y transformar el ambiente y se puede decir que mientras aumenta el estrés hasta alcanzar un punto máximo de respuesta, este punto puede ser llamado el nivel óptimo de estrés, que es la cima de tolerancia como fuerza productiva de un individuo .

Es importante mencionar que no existen fórmulas que nos indiquen como manejar nuestras tensiones, porque las personas difieren en cuanto a sus peculiaridades heredadas y sus experiencias vitales, de tal manera que Spielberg (1980)^[6] sugiere ciertos lineamientos para "conocer" y "entender" el problema causante del estado de ansiedad y a partir de dicho conocimiento desarrollar los mecanismos que nos permitan reducirlo:

- 1. Tomar mayor consciencia de la ansiedad como un estado emocional (identificarlos con cierta certeza).*
- 2.- Analizar la situación que la produce, lo que implica la evaluación cuidadosa de las situaciones ligadas a los estados de ansiedad, así como también al análisis de los pensamientos y las ideas del momento.*
- 3. Evaluar si las reacciones de ansiedad son las apropiadas de acuerdo a los peligros físicos o psicológicos que las provocan.*

4. *Identificar cuidadosamente la manera como se trata de eliminar o enfrentar las fuentes de tensión "indeseables"*

Una manera obvia de reducir la tensión es eliminar o evitar la fuente del peligro, sin embargo; las personas se adaptan a las situaciones estresantes utilizando mecanismos psicológicos de defensa para que parezcan menos amenazante. En general estos mecanismos modifican, distorsionan o vuelven inconscientes los sentimientos, pensamientos y recuerdos originados por la tensión, por ejemplo; la represión es la defensa básica contra las amenazas psicológicas internas, es el proceso mediante el cual las sensaciones, los pensamientos o los recuerdos que provocan los estados de tensión se guardan en el inconsciente. Sin embargo, si la represión es débil o si hay un rompimiento parcial en ella, las derivaciones de la experiencia original pueden dar lugar a un estado de ansiedad.

El mecanismo de defensa de la negación también lleva al inconsciente los estímulos amenazadores, pero es un tipo de defensa más primitivo que la represión, ya que hace que el individuo distorsione la realidad externa bloqueando el agente perturbador de la consciencia al negarse a reconocer que existe una amenaza real.

En la racionalización la persona dá razones lógicas y aceptables pero falsas sobre sus acciones para reducir la tensión. Tales racionalizaciones se

pueden expresar en privado; para uno mismo, en público o manifestarse en el comportamiento.

La formación reactiva es un complicado mecanismo de defensa: una persona reprime impulsos y sentimientos inaceptables y luego expresa por lo regular en forma exagerada sentimientos incompatibles u opuestos a los que fueron reprimidos.

Los mecanismos de defensa psicológica pueden reducir de dos formas el estado de tensión eliminando del consciente los estímulos amenazantes ó distorsionando la percepción del individuo de modo que la considere menos dañina. Las defensas psicológicas son útiles hasta donde protegen a una persona de ser abrumada por el estrés. Pero son generalmente ineficaces y se vuelven inadaptadores si se usa habitualmente para reducir el estrés como otra forma de enfrentarse efectivamente a la verdadera fuente de tensión, teniendo como consecuencias efectos secundarios, los cuales son :

a) Efectos subjetivos:

Ansiedad, agresión, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad, mal humor, melancolía, baja autoestima, amenaza, tensión, nerviosismo y soledad.

b) Efectos conductuales:

Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo

de alcohol y/o cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.

c) *Efectos cognoscitivos:*

Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

Como podemos ver la activación de los mecanismo de defensa del organismo no constituyen la única consecuencia de un estresor. Los efectos o consecuencias del estrés pueden ser primarias o directas, otras pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios, algunas veces son positivos y otras veces disfuncionales.

1.4.- Estrés y rendimiento académico de médicos en especialidad.

Los efectos del estrés se pueden observar en cualquier ámbito, en la calle, en el trabajo y en la escuela; sobretodo en cursos de formación profesional altamente competitivos como sería el estudio de una residencia médica que se encuentra encaminada a profundizar los conocimientos y desarrollar nuevas habilidades que permitan al residente desempeñarse con eficiencia en una área de la profesión. Todo esto demanda una gran cantidad de energía y disposición que traen consigo una serie de consecuencias en la salud física y mental. Se encuentra bien documentado que aunque los médicos en general, están satisfechos con su carrera, algunos corren más riesgo de desórdenes emocionales o físicos causados por las situaciones de presión de la práctica médica. La incidencia en el abuso de drogas, entre los médicos norteamericanos, se ha reportado de 30 a 100 veces mayor que en la población en general. Los problemas conyugales son reportados en el 47% de los médicos, comparado con el 32% reportado en individuos de un nivel socioeconómico similar pero graduados en otras profesiones. Hosmer 1979[13], McCue 1985[14], Toews 1993[15], y Sturmtha 1980[27].

En 1988 el Resident Services Committee^[23] reporta que los médicos residentes que se encuentran en formación están sometidos a una presión constante durante el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje que incluye por un lado, responsabilidades y logros académicos y por otro, actividades de diagnóstico y tratamiento en hospitalización como en la

consulta externa y en los casos de las especialidades quirúrgicas en el quirófano, el alumno se enfrentará directamente con los problemas de pacientes, sufrimiento, miedo, incertidumbre, muerte, presión de tiempo, complejidad de las decisiones médicas, desarrollo de tareas, privación de sueño, fatiga y con frecuencia todo esto bajo un sistema autoritario que favorece más la competencia que la colaboración. A esto hay que agregar las expectativas de la facultad, de los padres y tutores y de la sociedad, así mismo se ven sometidos a obligaciones personales como el matrimonio, la paternidad y la independencia financiera. Por lo tanto no es sorprendente que la presión percibida puede llegar a ser aplastante para algunos estudiantes interfiriendo con sus actividades académicas.

Girard (1991), reporta que los residentes de nuevo ingreso muestran una mayor predisposición a las reacciones emocionales que los de segundo y tercero, debido a que se enfrentan a un escenario nuevo con conocimientos y herramientas escasas, nuevas responsabilidades y expectativas que los hace vulnerables al estrés.

Eysenck (1979)⁽⁹⁾ desarrolló una teoría integrada sobre la ansiedad, el aprendizaje y la memoria; refiere que la ansiedad posee un efecto perturbador en las situaciones de solución de problemas nuevos. Encontró que por lo general, la ansiedad facilita el aprendizaje repetitivo y las clases menos difíciles por recepción; pero que tienen efecto inhibitorio en los tipos

más complejos de tareas de aprendizaje que, o son demasiado desconocidas o dependen más de la capacidad de resolución, que de la persistencia.

Seymour Sarason y George Mandler (1950)^[6] dieron a conocer una serie de estudios en los cuales descubrieron que los estudiantes universitarios con un “alto nivel de ansiedad en los exámenes” tenían un rendimiento más bajo en la pruebas de inteligencia, comparados con aquellos con un “bajo nivel de ansiedad en los exámenes”, particularmente cuando se los aplicaban en condiciones productoras de tensión. Estos investigadores atribuyeron el bajo aprovechamiento académico de los estudiantes altamente ansiosos al surgimiento de “sensaciones de incapacidad, impotencia, reacciones somáticas elevadas, anticipación de castigo o pérdida de su condición y estima, así como a los intentos implícitos de abandonar el examen”. También tendían a culparse a sí mismos por su bajo aprovechamiento, mientras que los de bajo nivel no lo hacían. Aparentemente, los primeros respondían a la presión de los exámenes con intensas reacciones emocionales y pensamientos negativos egocéntricos, lo cual les impedía un buen desarrollo, mientras que los segundos reaccionaban con una motivación y concentración cada vez mayores.

El interés de Charles Spielberger sobre la ansiedad producida por los exámenes surgió en 1966^[6], en la Universidad de Duke donde los estudiantes aseguraban que durante el examen “sabían” las respuestas y eran incapaces de recordarlas porque éstas eran “bloqueadas” durante el mismo. Este autor

distingue el estado de ansiedad de la ansiedad peculiar; el estado de ansiedad se refiere a una reacción transitoria desagradable frente a una tensión específica, existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que la experimentan. En la ansiedad peculiar es empleado para describir la propensión a la ansiedad relativamente estable; es decir a la tendencia a ver el mundo como algo peligroso.

Esto concuerda con las observaciones de Alexander Luria (1932)^[6], psicofisiólogo ruso, y describe que la tensión a los exámenes produce fuertes reacciones emocionales en algunos estudiantes, mientras que en otros tienen poco o ningún efecto. También mencionó que los estudiantes "inestables" muestran perturbaciones motoras y de lenguaje, y que se alteran y desorganizan antes del examen o durante él.

Se puede concluir que en el proceso de enseñanza-aprendizaje están involucrados múltiples factores externos al alumno, factores que al interactuar dan lugar a diversas respuestas de adaptación que influyen en el desarrollo académico del alumno y ante esta problemática es necesario conocer los estilos de comportamiento bajo situaciones de presión.

CAPITULO II

LA TECNICA "CLEAVER"

2.1.- Antecedentes teóricos.

Con base en el manual, ésta técnica fue diseñada por Raymond J: Stubbeibine (1960), con el propósito de predecir tendencias de comportamiento en las personas bajo diferentes situaciones, así como las características de comportamiento que se requieren de un puesto a desempeñar.

En esta técnica se proponen 4 factores que van a permitir la medición en términos de probabilidad, de aquellas conductas que presenta un individuo en determinadas circunstancias y aquellas que requiere para desempeñar un puesto específico. Los cuatro factores son;

"D" Dominio-empuje, es la capacidad de liderazgo orientada a lograr resultados, superando retos y mostrando iniciativa.

"I" Influencia, es la habilidad para relacionarse fácilmente con la gente y ocasionalmente persuadirla o motivarla para lograr el tipo de situación que se desea.

"S" Constancia, es la capacidad para realizar trabajos de manera continua y rutinaria sin requerir de cambios.

"C" Apego-cumplimiento, es la habilidad para desarrollar trabajos respetando políticas o procedimientos ya establecidos.

Esta Técnica Cleaver se apoya en varias teorías del comportamiento, una de ellas es la de Spranger, quien afirma que existen 6 tipos de valores en cualquier cultura y que corresponde al hombre universal, estos son:

Teórico; Busca conocer la verdad; porque las cosas son como son; caracteriza al mundo científico.

Estético: Busca la belleza.

Económico: Busca la riqueza, el dinero.

Social: Preocupación por el bienestar humano.

Político: Busca poder, el control de los demás.

Religioso o moral: Busca el orden del universo.

A partir de esto, el autor estructura un cuestionario de autodescripción, con el que pretende conocer cómo percibe o concibe cada persona estos valores.

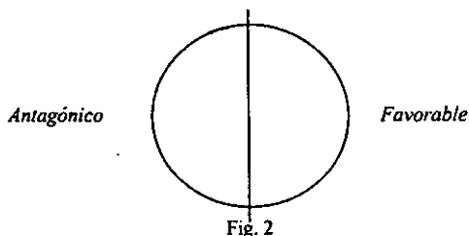
Ligado a esto, contempla la Teoría Motivación de Maslow (1954), quien dice que existe una jerarquía de necesidades en cada hombre, de tal forma que al ser satisfecha una, surge otra en forma piramidal (fig. 1), por lo tanto, lo importante para entender el comportamiento es

considerar la integración que una persona haga entre sus necesidades y sus valores, teniendo como indicativo de la conducta estilos de pensar, valores, manera de actuar y necesidades.



Fig. 1: Jerarquía de necesidades de Maslow

Si se pretende conocer a los individuos, es importante estudiar las reacciones de las personas "normales" dentro de su ambiente. Para referirse al medio ambiente, la técnica Cleaver se basa en las investigaciones de Williams Marston, quien describió el comportamiento en términos de patrones constantes de reacción hacia el medio. Afirmando, que el medio ambiente o una situación dada en la cual uno se encuentra, se puede dividir en dos categorías: antagónicas y favorables (fig. 2).



Un medio antagónico se puede definir como algo que obstaculiza al individuo de varias formas: incertidumbre, riesgos de cálculo, resolución de problemas, sobreponerse a la objeción y otros, que son situaciones que se presentan en la vida cotidiana, así como un ambiente favorable sea la amistad, seguridad, lo predecible, son situaciones predominantes que no tiene la necesidad de sobreponerse a obstáculos y que no ponen en juego la posición de una persona en determinado momento.

Marston realizó sus estudios con personas normales y la técnica Cleaver utilizó sus investigaciones para conocer cómo pueden estar más confortables y satisfechas en sus puestos. La mayoría de los puestos son una mezcla de situaciones antagónicas y favorables, y la forma de responder ante ellas puede ser activa o pasiva, de acuerdo con la teoría de Marston, lo cual va a diferenciar a los distintos tipo o estilos de comportamiento que propone el Sistema Cleaver (fig.3).

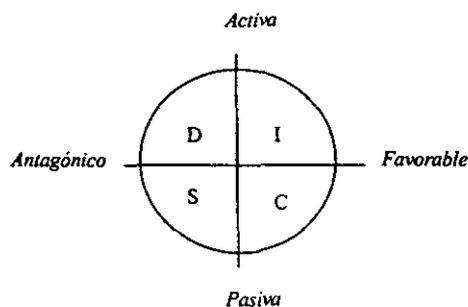
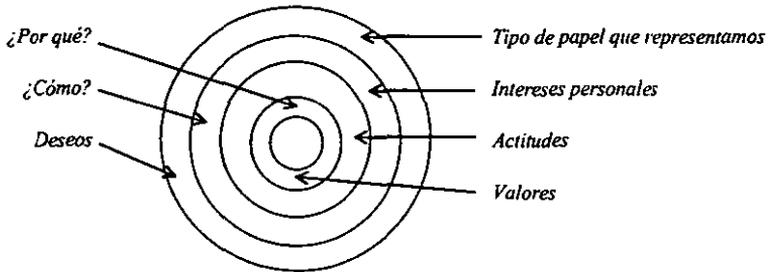


Fig. 3

Por otro lado, retoma el estudio clínico de la conducta de Freud, para conocer los medios o mecanismos que ayudan a una persona a desempeñar mejor su puesto y lo esquematiza de la siguiente forma:



Cleaver sostiene la idea de que una persona puede hacer cualquier trabajo, pero la persona puede hacerlo diferente (como), por diferentes razones (por que) y con diferentes grados de éxito (que); constituyendo así el qué, cómo y por qué de su comportamiento (fig.4).

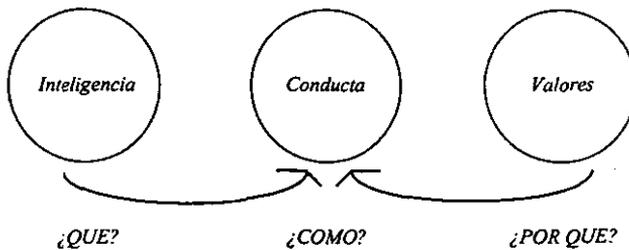


Fig.4

La técnica Cleaver, se basa en los conceptos anteriormente descritos y fundamentalmente en la teoría social de la personalidad, expuesta por

Marston, misma que de acuerdo con los estudios que le preceden, se basa en los siguiente aspectos:

- a). Biológico*
- b). Psíquico*
- c). Experiencia social*
- d). Nivel superior de orientación*

La combinación de estos aspectos da como resultado un análisis psicosocial, lo que viene a ser un aspecto relevante en la Técnica "Cleaver".

2.2.- Descripción de la técnica.

En ésta se incluyen dos cuestionarios llamados "Factor Humano" (Human Factor) y "Autodescripción" (Self-description), así como un formato con 4 recuadros que se emplean para la graficación de los datos obtenidos en cada cuestionario.

El cuestionario "Factor Humano", consta de 24 diferentes aspectos de trabajo a evaluar, mismos que nos van a determinar las características que debe tener una persona para desempeñar un puesto determinado.

El segundo cuestionario es el de "Autodescripción"; consta de 96 adjetivos divididos en grupos de 4 y seguido de dos líneas que forman las

columnas *M* y *L* (*More* y *Less* que significan más y menos respectivamente). Este cuestionario nos va a permitir conocer y medir los estilos personales de comportamiento en el plano laboral; como va a utilizar sus habilidades y capacidades para desempeñar sus funciones; como es y qué necesita para desarrollar su potencial al máximo, permitiendo al jefe o supervisor conocer cuándo una persona presenta determinadas conductas para incidir positivamente en su ejecución.

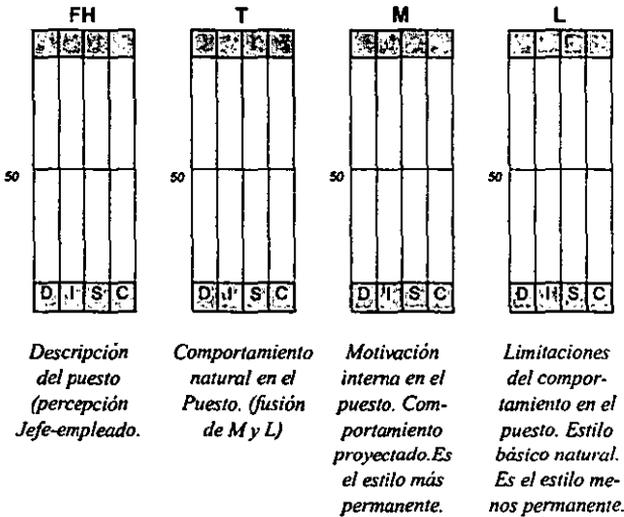
A través de la autodescripción obtenemos básicamente los estilos de conducta bajo 3 diferentes circunstancias:

- a) estilos de comportamiento diario (*T*)
- b) estilos de comportamiento bajo condiciones favorables (*M*)
- c) estilos de comportamiento bajo situaciones de presión o limitaciones (*L*).

Estos estilos se verán gráficos en los 3 recuadros localizados frente al de *HF*, identificados con las letras *T*, *M* y *L* respectivamente, de tal manera que en un solo formato de graficación podemos comparar el perfil del puesto contra el perfil de la personal.

Cada uno de los 4 recuadros mencionados (*HF*, *T*, *M* y *L*) se subdividen a su vez en 4 columnas que corresponden a las cuatro dimensiones que pretende evaluar con la técnica *Cleaver*, estas dimensiones corresponden a las letras *D*, *I*, *S* y *C* (fig.5).

Fig.5 : Recuadros de graficación.



Aplicación y evaluación del Factor Humano (FH)

Se entrega al examinado el cuestionario pidiéndole que anote sus datos y lea cuidadosamente las instrucciones para iniciar una vez que las haya comprendido; haciendo hincapié en que no es una prueba de tiempo. Asegurarse de que realmente comprendió las instrucciones y la forma en que debe resolver el cuestionario. Una vez que haya terminado, se debe verificar si resolvió conforme a las instrucciones la totalidad del ejercicio y entonces proceder a calificarlo.

Paso 1: Para calificar el cuestionario FH se deberá utilizar la plantilla de puntuación, llamada Análisis de Puestos con Factores Humanos (Job Analysis Human Factor).

Paso 2: Colocar la plantilla alineando las flechas de ésta con las del cuestionario. Sumar los 6 números que aparecen enseguida de las seis letras D de la plantilla, anotando enseguida el total en el cuadro inferior del cuestionario a continuación de la letra D bajo la columna R. Debiendo repetir este procedimiento de puntuación para las letras L, S y C, respectivamente.

Paso 3: Sumar los 4 números de los valores obtenidos de DISC colocados ya en la columna R anotando el resultado total en el 5º cuadro que aparece en esta misma columna.

Paso 4: La cantidad resultante de la suma de R se divide entre 4 y se coloca el resultado en la columna A frente a cada espacio correspondiente a las letras D, L, S y C. Si el promedio es:

.25 se redondea a .00 (al número inferior)

.50 se conserva como .50

.75 se redondea a 1.00 (al número superior)

Paso 5: Restar R del valor de A, determinando la diferencia que hay entre cada puntuación. El resultado de dicha resta se coloca en la columna D

repetiendo el procedimiento para cada una de las letras D , L , S y C . Se deben conservar los signos positivos (+) o negativos (-), esto es: si R es mayor que A el signo para D es positivo; si R es menor que A el signo para D es negativo.

Verificación: Las D 's positivas deben ser iguales a las D 's negativas, excepto cuando el promedio haya sido redondeado; en estos casos, comúnmente el resultado tiene una diferencia de uno.

Paso 6: La siguiente tabla aparece en la plantilla de puntuación:

Determine $D\%$ cuando el promedio sea:			Multiplique D por:
12	hasta	13	8
13.5	hasta	15	7
15.5	hasta	17.5	6
18	hasta	18.9	5.5
19	hasta	21.5	5
22	hasta	23	4.5
23.5	hasta	26.5	4
27	hasta	28	3.5

Se debe buscar el resultado de A en la plantilla para ver en qué rango cae; multiplicar el número indicado en la plantilla por el resultado de D haciendo el mismo procedimiento para L , S y C , conservando el signo positivo o negativo y por último anotar el resultado de $D\%$.

Paso 7: graficar las puntuaciones siguiendo el orden de D, L, S y C. Para graficar las puntuaciones D% positivas se le suman 50 puntos. Y las puntuaciones D% negativas se restan 50 puntos.

Aplicación y evaluación del cuestionario de Autodescripción (Self-description).

Se le entrega al evaluado el cuestionario pidiéndole que anote sus datos y lea cuidadosamente las instrucciones. Antes de iniciar se le informa que no tiene límite de tiempo.

El examinador deberá cerciorarse de que realmente comprendió las instrucciones y cómo va a resolver el cuestionario, haciendo hincapié en que el objetivo es que se describa a sí mismo colocando un X bajo la columna de la M frente a la palabra que más lo describa y una X bajo la columna de la L frente a la palabra que menos lo describa.

Sólo deberá haber dos cruces en cada grupo de 4 palabras, una de cada lado. Al concluir el evaluador deberá verificar si el cuestionario ha sido contestado correctamente para luego proceder a la calificación.

Paso 1: Para calificar el cuestionario de Autodescripción se utilizan las plantillas D, L, S y C, para calificar estas dimensiones respectivamente.

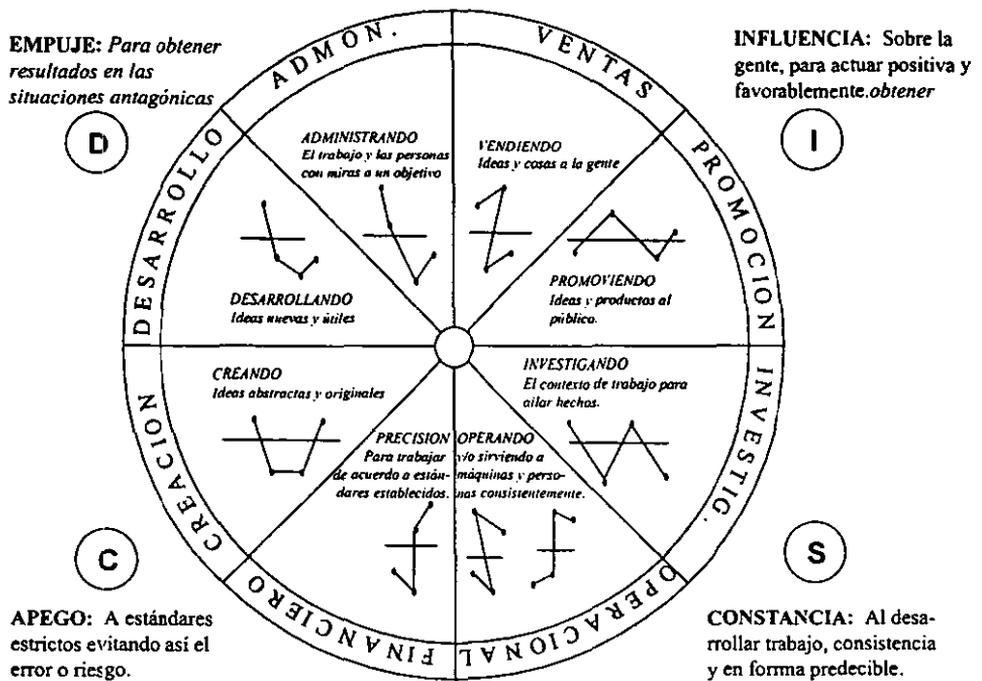
Paso 2: Al utilizar las plantillas debemos alinear los cuadros inferiores de la plantilla, con los cuadros inferiores del cuestionario en la letra D sumando todas las "X" que se encuentren bajo las columnas M anotando el resultado en el cuadro correspondiente a M ; se suman todas las "X" que se encuentren bajo las columnas L anotando el resultado en el cuadro inferior correspondiente a L . Se repite el mismo procedimiento para L , S y C .

Paso 3: Se resta algebraicamente L de M , anotando el resultado en el cuadro correspondiente a T (total), debiendo repetir este mismo procedimiento para L , S y C .

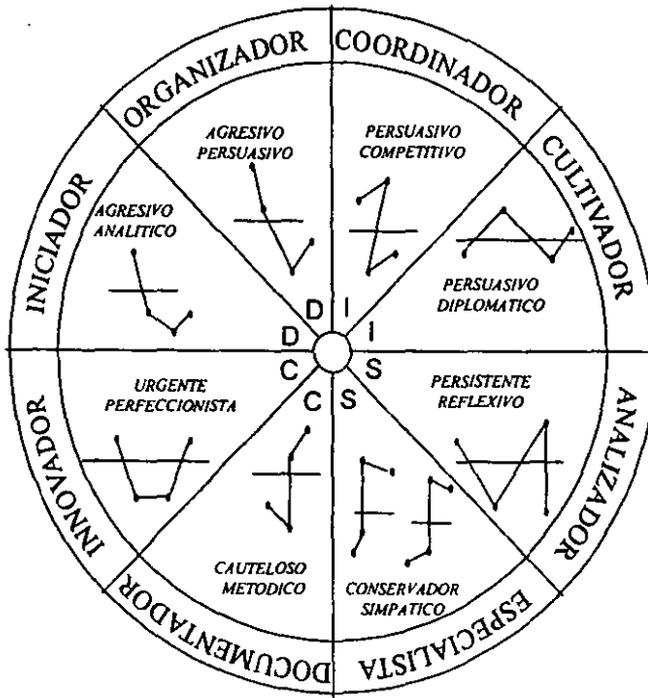
Paso 4: Los resultados se colocan en la hoja de graficación, en los recuadros M , L y T , siguiendo el orden de D , L , S y C en cada gráfica.

Paso 5: Para verificar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos, se suman algebraicamente los resultados que se anotan en el recuadro inferior del cuestionario, indicado como total, en el que después de sumar se considerará como válido una puntuación dentro del rango $+3$ a -3 .

Para la interpretación del perfil del puesto (Factor humano), se dice que se trata de perfil clásico, cuando éste corresponde a los puestos que técnica Cleaver describe de la siguiente manera:



Asimismo, se trata de un perfil de autodescripción clásico, cuando éste corresponde a los tipos de comportamiento que técnica describe de la siguiente manera:



Si el perfil resultante no pertenece a los perfiles clásicos, debe interpretarse de acuerdo a las combinaciones básicas. Para obtener estas combinaciones básicas, se deben tomar en cuenta los puntos más altos y más bajos de cada una de las gráficas, tratando de obtener todas las combinaciones posibles.

Los resultados obtenidos de las gráficas T, M y L dan como resultado, en conjunto el perfil de la persona, éste se debe comparar con el perfil

del puesto resultante en la gráfica FH, y así es posible determinar en qué medida el evaluado cubre los requisitos del puesto y en qué medida el puesto se adecua o no a las características de personalidad del posible ocupante.

2.3.- Perfil profesional del médico residente en especialidad.

El curso de formación de especialidad en medicina, exige un dominio tanto de conocimientos como de habilidades, así como poseer una actitud de disponibilidad para trabajar en equipo con otros especialistas, reconocer sus propias limitaciones e identificar el lugar que tiene su especialidad dentro del proceso de atención a la salud.

El perfil profesional se integra con los conocimientos, habilidades y actitudes que debe tener un médico, para cubrir los requerimientos del puesto que va a desempeñar como especialista en salud.

Un estudio realizado en la Jefatura de Servicios de Educación Médica del IMSS por el Dr. Alberto Lifshitz (1992)^[17], reporta las características que integra el perfil profesional del especialista en medicina. Sus conocimientos deben incluir la epidemiología, historia natural, fisiopatología y métodos de prevención (primaria, secundaria y terciaria) de las enfermedades que construyen su campo de acción. Debe tener conocimientos de la indicación, utilidad, riesgos y complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos relacionados con su campo de acción. Debe conocer el método científico, el de la docencia y el método estadístico necesario para desarrollar investigación clínica y debe tener un conocimiento cabal de

las características de la Institución en la que trabaja y de su ubicación dentro del Sistema Nacional de Salud.

Las habilidades del especialista incluyen la de establecer una relación de confianza mutua con el paciente, su familia, otros médicos y miembros del personal de salud; la de obtener del paciente y de los familiares, información completa, objetiva, relevante, confiable, precisa y manejar esta información a modo de jerarquizarla y ordenarla lógicamente, interpretar los estudios de laboratorio y de gabinete necesarios para atender a sus pacientes; elaborar hipótesis diagnósticas y tomar decisiones terapéuticas adecuadas y oportunas en relación con su campo de acción, realizar con destreza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para la atención de los pacientes con problemas correspondientes con su campo de trabajo.

En el área afectiva se incluyen un espíritu humanista y de servicio; una apertura para las necesidades de comunicación del paciente y sus familiares; autocrítica para reconocer las propias limitaciones, solicitar apoyo o derivar al paciente; la disposición para trabajar en equipo y para transmitir sus conocimientos y experiencias a pacientes, familiares, alumnos y compañeros; criterio para seleccionar procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no solo representan la mejor opción en términos de salud, sino que originen menos molestias, tenga menos riesgo e impliquen menos costo; aceptación de la responsabilidad del

cuidado y atención de los pacientes correspondientes a su campo de acción; conciencia de su responsabilidad social y de su importancia dentro del Sistema de Salud y una actuación que siempre se ajuste a los principios de la ética médica.

Por otro lado en la División de Estudios de Postgrado del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS se realizan mensualmente evaluaciones de acuerdo a los siguientes parámetros:

- I. Comportamiento profesional, cumpliendo con funciones específicas, donde el residente es capaz de efectuar en forma adecuada:*
 - a). Visita hospitalaria o consulta*
 - b). Análisis de los expedientes clínicos de sus pacientes.*
 - c). Evaluación integral del paciente*
 - d). Vigila que se cumpla el tratamiento prescrito, su evolución del paciente y detecta oportunamente las complicaciones de sus pacientes.*

- II. Criterio; acción espontánea para :*
 - a). Tomar decisiones con base racional*
 - b). Manejar problemas en forma integral*
 - c). Administrar los recursos de manera eficiente*

III. Actividades académicas; relación de actividades-recurso-tiempo para:

- a). Participar con calidad y colaboración en las actividades de aula.*
- b). Colaborar en las sesiones generales*
- c). Colaborar en las sesiones departamentales*
- d). Criticar trabajos de investigación publicados*
- e). Mostrar interés en la elaboración de trabajos de investigación.*

IV. Relaciones interpersonales; interacción con personal paramédico y familiares de los pacientes

- a). Interacción con sus jefes*
- b). Interacción con sus compañeros*
- c). Interacción con los pacientes, abordando sus problemas de manera integral.*
- d). Interacción con los familiares de los pacientes.*

V. Disciplina; es el cumplimiento de normas y reglamentos:

- a). Se presenta a sus labores debidamente uniformado, su pulcritud es aceptable.*
- b). Asiste puntualmente a sus actividades.*
- c). Cumplir las normas e indicaciones*

VI. Crítica:

- a). Solicitar y aceptar racionalmente las críticas y actuar en consecuencia.*
- b). Ejercer la crítica con base racional, reflexiva y de manera pertinente.*
- c). Informar a las autoridades de los resultados de sus actividades y consecuencias.*

Lo mencionado anteriormente, significa sin duda, una demanda de adaptación constante, que tienen como consecuencia un estilo de comportamiento ante todas estas situaciones de presión.

CAPITULO III

METODO

3.1.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Los médicos durante el desarrollo de su residencia en el Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI, enfrentan una serie de situaciones tanto profesionales como personales, que los llevan a experimentar situaciones de presión, mismas que dan lugar a la utilización de diversos mecanismos y respuestas de adaptación que pueden influir en el rendimiento del alumno, así, se considera importante poder conocer los estilos de comportamiento bajo situaciones de presión que presentan los médicos residentes en formación.

3.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los estilos de comportamiento bajo situaciones de presión en los médicos residentes que estudian en el Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, de acuerdo al grado, sexo y área cursada?

3.3.- VARIABLES

Variable Dependiente (VD)

Los estilos personales de comportamiento bajo situaciones de presión o limitaciones, obtenidos de las posibles combinaciones de las dimensiones D (Dominio), I (Influencia), S (Constancia) y C (Cumplimiento) de la Técnica "Cleaver".

-	<i>D</i>	<i>I</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
<i>D</i>	-	<i>DI</i>	<i>DS</i>	<i>DC</i>
<i>I</i>	<i>ID</i>	-	<i>IS</i>	<i>IC</i>
<i>S</i>	<i>DS</i>	<i>DI</i>	-	<i>SC</i>
<i>C</i>	<i>CD</i>	<i>CI</i>	<i>CS</i>	-

Variables Independientes (VI)

I.- Grado de especialidad cursada.

- a) *Residentes Iniciales (R1)*
- b) *Residentes Intermedios (R2)*
- c) *Residentes Egresados (R3)*

II.- Area de especialidad cursada.

Las cuales se indentificaron como:

- a). *Médica (Area 1)*
- b) *Quirúrgica (Area 2)*
- c) *Diagnóstico (Area 3)*

III.- Sexo

- a) *Masculino*
- b) *Femenino*

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición Conceptual

Variable Dependiente (VD)

Los estilos personales de comportamiento obtenidos en el plano laboral, de como va a utilizar su habilidades y capacidades para desempeñar sus funciones; cómo es y qué necesita para desarrollar su potencial al máximo, nos permite conocer cuándo una persona presenta determinadas conductas bajo situaciones de presión o limitaciones. Estos estilos de comportamiento son obtenidos de las combinaciones básica posibles de las dimensiones DISC de la Técnica "Cleaver" y que a continuación se describen:

"D" Dominio-empuje, es la capacidad de liderazgo orientada a lograr resultados, superando retos y mostrando iniciativa.

"I" Influencia, es la habilidad para relacionarse fácilmente con la gente y ocasionalmetne persuadirla o motivarla para lograr el tipo de situación que se desea.

"S" Constancia, es la capacidad para realizar trabajos de manera continua y rutinaria sin requerir de cambios.

"C" Apego-cumplimiento, es la habilidad para desarrollar trabajos respetando políticas y procedimientos ya establecidos.

Definición Operacional

Los estilos de comportamiento son obtenidos con las dimensiones Dominio, Influencia, Constancia y Cumplimiento, combinando la que presente el puntaje más alto con el más bajo en la escala "L" de trabajo bajo presión de la Técnica Cleaver; obteniendo así las siguientes combinaciones :

Combinación DI: con un alto grado de dominio (D+) y un bajo grado de influencia (I-).

Combinación DS: existe un alto grado de dominio (D+) y un bajo grado de constancia (S-).

Combinación DC: existe un alto grado de dominio (D+) y un bajo grado de constancia (C-).

Combinación ID: presenta un alto grado de influencia (I+) y un bajo grado de Dominio (D).

Combinación IS: presenta un alto grado de Influencia (I+) y bajo grado de constancia (S-).

Combinación IC:, con un alto grado de influencia (I+) y un bajo grado de cumplimiento (C+).

Combinación CD: indica alto grado de cumplimiento (C+) y bajo grado de dominio (D-).

Combinación CI: presenta un alto grado de constancia (C+) y un bajo grado de Influencia (I-).

Combinación CS: presenta un alto grado de cumplimiento (C+) y un bajo grado de constancia (S-).

Combinación SD: nos indica un alto grado de constancia (S+) y un bajo grado de Dominio (D).

Combinación SI: nos indica un alto grado de constancia (S+) y un bajo grado de influencia (I-).

Combinación SC: significa un alto grado de constancia (S+) y bajo grado de cumplimiento (C-).

Variables Independientes (VI)

I.- Area de especialidad cursada, las cuales se identificaron como :

Definición Conceptual

- a.- Area Médica (Area 1) : En la que pertenece un grupo de médicos generales titulados que cursan una de las siguientes especialidades médicas; Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Alergia e Inmunología Clínica, Hematología, Oftalmología, Nefrología, Neurología, Reumatología, Audiología y Otoneurología, así como Medicina del enfermo en estado crítico.*

- b.- Area Quirúrgica (Area 2): En la que pertenece un grupo de médicos generales titulados que cursan una de las siguientes especialidades médicas; Angiología, Cirugía maxilofacial, Cirugía general, Otorrinolaringología, Coloproctología, Urología, Neurocirugía, Anestesiología y Urgencias médico-quirúrgicas.*

- c.- Area Diagnóstico (Area 3): En la que pertenece un grupo de médicos generales titulados que cursan una de las siguientes especialidades médicas; Medicina nuclear, Anatomía patológica, Radiodiagnóstico e Imagenología.*

Definición Operacional

- a). ***Médica (Area 1).***- los médicos de esta área resuelven solo problemas de consulta externa y hospitalización; a continuación se enlistan las especialidades que pertenecen a esta área. Todas las especialidades se encuentran codificadas por la Jefatura, las cuales se utilizaron para fines estadísticos :

Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Alergia e Inmunología Clínica, Hematología, Oftalmología, Nefrología, Neurología, Reumatología, Audiología y Otoneurología, así como Medicina del enfermo en estado crítico.

b) **Quirúrgica (Area 2).**- los médicos de esta área, resuelven problemas de salud fundamentalmente en quirófano, aunque también participan en actividades de consulta, a continuación se enlistan las especialidades correspondientes:

Angiología, Cirugía maxilofacial, Cirugía general, Otorrinolaringología, Coloproctología, Urología, Neurocirugía, Anestesiología y Urgencias médico-quirúrgicas.

c) **Diagnóstico (Area 3).**- los médicos practican estudios auxiliares de diagnóstico y no tienen responsabilidad directa sobre el paciente, las especialidades que pertenecen a esta área son:

Medicina nuclear, Anatomía patológica, Radiodiagnóstico e Imagenología.

II.- Grado de especialidad cursada.

Definición Conceptual

- a) **Residentes Iniciales (R1)** .- los médicos que cursan el primer año de residencia en especialidad.

- b) **Residentes Intermedios (R2)** .- los médicos que cursan del 2° al 5° grado de especialidad.

- c) **Residentes Egresados (R3)** .- los médicos que terminaron satisfactoriamente una de las 22 especialidades.

Definición Operacional

- a) *Residentes Iniciales (R1) .- los médicos generales titulados que ingresan al primer año en alguna residencia médica de especialidad del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI.*

- b) *Residentes Intermedios (R2) .- los médicos generales titulados que cursan del 2º al 5º grado en alguna residencia médica de especialidad del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI.*

- a) c) *Residentes Egresados (R3).- los médicos generales titulados que terminaron satisfactoriamente una especialidad del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI.*

III.- Sexo .- *de acuerdo con las características fenotípicas, se consideraron como femenino y masculino.*

3.4.- SELECCION DE LA MUESTRA

Se utilizó una técnica de muestreo no probabilística intencional, dado que no es posible estimar la probabilidad de que cada individuo o elemento estará incluido en la muestra, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- *que las evaluaciones pertenecieran a médicos residentes en cursos de especialidad en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G:" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, y se hubieran realizado en el mes de febrero de 1993.*

- *que cumplieran con los criterios de validación que especifica el autor para la escala "L" de la Técnica CLEAVER..*

La muestra quedó conformada por 633 personas, distribuida de la siguiente manera :

- a) 426 varones residentes
- b) 207 mujeres residentes

3.5.- TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio comparativo, descriptivo, retrospectivo, transversal de campo, comparando los estilos de comportamiento bajo presión de los alumnos que se encontraban en las tres diferentes áreas de especialidad del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de las evaluaciones realizadas en el año de 1993; los datos fueron recabados a través de una sola valoración de los expedientes.

3.6.- DISEÑO

Debido a que el área, grado y sexo son variables independientes sobre las cuales no se tiene influencia, se trata de un diseño ex post facto de una sola muestra del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con evaluaciones realizadas en el año de 1993.

Se mide la variable dependiente y en cierto sentido ver si las diferencias se asocian con la variable independiente.

3.7.- INSTRUMENTO

Para obtener los estilos de comportamiento se utilizo únicamente la escala de "trabajo bajo presión" "L" de la técnica "Cleaver", considerando las cuatro dimensiones que se mencionaron anteriormente en la pagina No. 49.

3.8.- PROCEDIMIENTO

En el archivo de evaluaciones psicométricas de la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, se consultó la evaluación de la Técnica Cleaver que se aplicaron a 746 médicos residentes en estudios de especialidad de nuevo ingreso, intermedios y egresados, que terminaron un ciclo anual en el mes de febrero de 1993. Esta evaluación se calificó en forma manual con las plantillas necesarias para tal efecto y bajo los criterios de calificación establecidos para la evaluación, obteniendo así los puntajes normalizados.

La elaboración de la base de datos se realizó en la unidad de informática de la jefatura, se utilizó el programa "Dbase" para computadora personal, donde se incluyeron los siguientes datos: un número de folio que se conserva para el residente en su evaluación, esto con el fin de mantener el anonimato y la confidencialidad de los datos; la especialidad codificada por la Jefatura, la cual se utilizó para los fines estadísticos, área representada en la base de datos por área 1 para la médica, 2 para la quirúrgica y 3 para el área de diagnóstico. El grado se indicó como 1 si fuera de primer ingreso, 2 de reingreso y 3 como egresado. Se incluyó la edad y sexo que comprende el número 1 si fuera masculino y 2 femenino.

Después de conformar la base de datos en computadora, se descartaron los casos que no cumplieran con los criterios de inclusión de la técnica "Cleaver", quedando conformada por 633 evaluaciones.

Para el análisis de resultados se utilizó estadística no paramétrica; se aplicó estadística basada en frecuencias y porcentajes, obteniendo así las diferencias por área, grado y sexo en cada uno de los estilos de comportamiento bajo presión de la Técnica Cleaver.

Los resultados obtenidos se representaron en tablas con frecuencias y porcentajes, obteniendo así una tabla por área, grado y sexo, se graficaron los resultados de cada una de las áreas, cada uno de los grados y cada uno de los sexos. Lo anterior, para diferenciar con facilidad las diferencias que se presentan en los estilos de comportamiento para cada variable independiente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

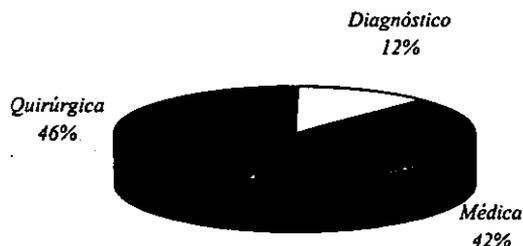
Los resultados que describen la distribución de la muestra son los siguientes:

Tabla 1: Distribución de médicos residentes por AREA de especialidad.

Area	Residentes	%
1.- Médica	265	42%
2.- Quirúrgica	291	46%
3.- Diagnóstico	77	12%
Total	633	100%

La muestra estuvo representada por 265 médicos residentes en el área medica (42%), 291 médicos residentes del área quirúrgica (46%) y por 77 del área de diagnóstico (12%), quedando conformada por un total de 633 que constituye el 100% (gráfica 1).

Gráfica 1 Distribución de los médicos residentes de acuerdo al área de especialidad



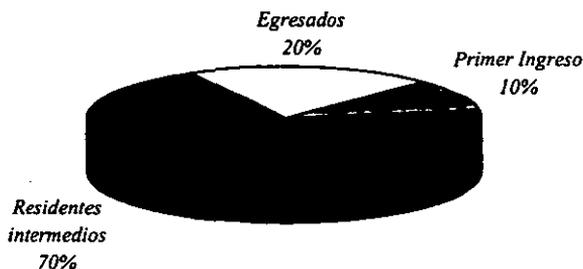
Los médicos de acuerdo al grado de especialidad que cursan se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 2: Distribución de médicos residentes por GRADO

Grado	Residentes	%
Primer Ingreso	64	10%
Residentes intermedios	440	70%
Egresados	129	20%
Total	633	100%

De los médicos residentes evaluados el 10% (64) corresponde a los de primer ingreso, el 70% (440) a los médicos de grados intermedios y el restante 20% (129) a los médicos egresados.

Gráfica 2: Distribución de los médicos residentes de acuerdo al grado de especialidad



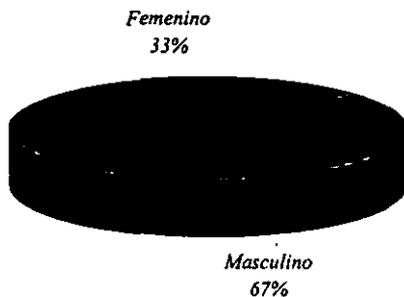
En cuanto a la distribución de la muestra por sexo, se distribuye como sigue:

Tabla 3 Distribución de médicos residentes por SEXO

Sexo	Residentes	%
1.- Masculino	426	67%
2.- Femenino	207	33%
<i>T o t a l</i>	633	100%

Como se puede observar de los 633 médicos residentes, el 67% de la muestra corresponde al sexo masculino representando a 426 médicos, y el 33% al femenino representando a 207 médicos (gráfica 3).

Gráfica 3: Distribución de los médicos residentes de acuerdo al sexo



Los resultados obtenidos de las combinaciones básicas de la escala de trabajo bajo presión ("L") de la técnica Cleaver en los médicos residentes de acuerdo a su área de especialidad son los siguientes:

Tabla 4: Frecuencias y porcentajes de combinaciones básicas por AREA obtenidas de la escala de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver.

Combinación	AREAS						TOTAL	%
	Médica		Quirúrgica		Diagnóstico			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
DI	22	8.3	30	10.3	10	13.0	62	9.79
DS	23	8.7	30	10.3	7	9.1	60	9.48
DC	12	4.5	16	5.5	5	6.5	33	5.21
ID	44	16.6	23	7.9	13	16.9	80	12.64
IS	33	12.5	27	9.3	8	10.4	68	10.74
IC	15	5.7	20	6.9	7	9.1	42	6.64
SD	21	7.9	16	5.5	4	5.2	41	6.48
SI	15	5.7	15	5.2	5	6.5	35	5.53
SC	7	2.6	4	1.4	2	2.6	13	2.05
CD	21	7.9	34	11.7	8	10.4	63	9.95
CI	43	16.2	57	19.6	5	6.5	105	16.59
CS	9	3.4	19	6.5	3	3.9	31	4.90
Total	265	100	291	100	77	100	633	100

Se observa en la tabla anterior la frecuencia y porcentajes con que se presentan cada una de las combinaciones básicas bajo situaciones de presión en el área médica integrada por 265 residentes en especialidad. La combinación que se presenta con mayor frecuencia en primer lugar es la ID, alto grado de influencia y bajo grado de dominio (gráfica 4), donde un 16.6% (44 médicos) bajo situaciones antagónicas o de limitaciones, tienden a mostrar dificultad para planear y organizar su tiempo, esto puede deberse a la excesiva carga de trabajo, la permanencia en el hospital y la falta de tiempo para descansar, bajo

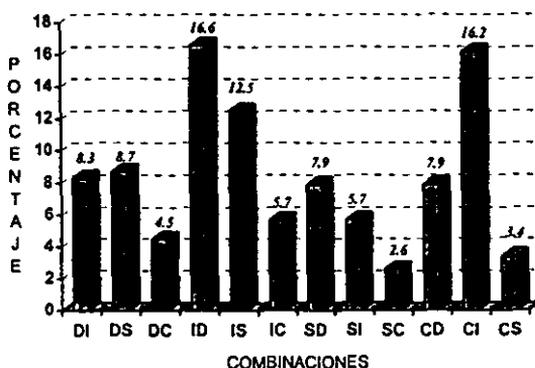
estas condiciones es posible que duden en actuar ante algún problema, no tienen oportunidad de analizar los resultados que puedan obtener, con la responsabilidad que tienen ante la importancia de la salud de sus pacientes, sus decisiones serán inconsistentes y poco confiables, buscando la supervisión y ayuda de algún compañero o directamente con su titular de área para así evitar riesgos, les preocupa la imagen que tengan los demás de ellos buscan siempre ser agradables.

La segunda combinación básica que se presenta es la CI, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia (gráfica 4), con un 16.2% (43 médicos) donde existen características similares a la combinación anterior, tratan de evitar las situaciones antagónicas, y cuando se presentan, buscan la estabilidad en sus actividades y parecen acatar ciertos procedimientos y métodos ya establecidos por sus titulares o por la misma institución para evitar problemas, tal vez consulten constantemente a algún supervisor o asesor antes de tomar alguna decisión y proceder a actuar, y así evitar la responsabilidad plena. Esta falta de confianza en si mismos, parece reflejarse también en las relaciones que tienen con sus colegas, ya que se muestran superficiales, es posible que cuenten con pocas amistades y presenten tendencias de aislamiento tanto para trabajar como para estudiar, no asistan a reuniones sociales, carezcan de empatía y sean distantes y cortantes. A estos residentes no les preocupa mucho lo que piensen los demás de ellos, se retraen en si mismos y tratan de llegar a una solución.

La tercera combinación más frecuente en el área medica es la IS, alto grado de influencia y bajo grado de constancia (gráfica 4), con 33 médicos que representan un 12.5%, estos presentan un alto grado de Influencia y bajo grado de constancia, indica que los residentes ante situaciones de tensión, parecen actuar instintivamente, toman decisiones en el hospital basados en análisis superficiales, son inconsistentes y poco confiables, preocupándose más por su popularidad que por los resultados que puedan obtener ante una situación difícil, lo anterior concuerda con su bajo grado de constancia que se obtiene en S, tienden a realizar diversas actividades de trabajo, estudio, investigación o atención a pacientes, esta carga puede llevarlos a dejar inconclusas varias de esas actividades para dar inicio a otra.

Las restantes combinaciones presentan una frecuencia y porcentaje menor a las tres mencionadas anteriormente. Lo anterior se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica 4: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en residentes del AREA MEDICA



En lo que respecta al área quirúrgica integrada por 291 médicos residentes, las características de comportamiento que predominan considerablemente bajo situaciones de presión, son las que se pueden observar en el elevado porcentaje de CI, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia, a comparación con las demás combinaciones básicas, esto quiere decir que un 19.6% (57) de los médicos del área quirúrgica tienden a evitar las situaciones de estrés, por la misma naturaleza de su trabajo en quirófano, tienden a acatar ciertos procedimientos y métodos establecidos, para evitar problemas puesto que deben evitar el más mínimo error, consultan constantemente a algún supervisor o asesor antes de tomar alguna decisión y proceder a actuar. La responsabilidad que les compete en los tratamientos quirúrgicos y su seguimiento, parece reflejarse en las relaciones que tienen con sus colegas, pacientes y familiares, ya que se muestran superficiales, es posible que cuenten con pocas amistades preocupándose más por encontrar una solución a sus conflictos.

La siguiente combinación básica que se presenta en 34 médicos es la CD, alto grado de cumplimiento y bajo grado de dominio, lo cual nos indica que un 11.7% del grupo del área quirúrgica sean personas que dependen totalmente de la supervisión y dirección de los médicos titulares para iniciar cualquier cirugía, o tomar alguna decisión importante, se muestran más inseguros que los médicos de la combinación anterior, puede ser que sean rigurosamente apegados a

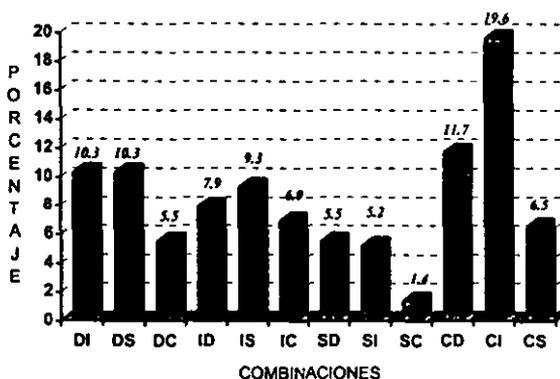
métodos y procedimientos ya establecidos, evitarán a toda costa las situaciones estresantes, es posible que sean poco participativos en el quirófano para evitar controversias y ser afrontados.

Las dos siguientes son la combinación DI y la DS donde un alto grado de dominio y bajo grado de influencia, así como alto grado de dominio y bajo grado de constancia representan un 10.3% (30 residentes) cada una. En la primera se puede decir, que cuando se encuentran en situaciones aversivas, traten de tomar el dominio de las circunstancias, tratarán de encabezar cualquier trabajo y sobresalir en el grupo, sin importarles tanto la relación que pueda tener con los sus compañeros, tratarán de ser los primeros en resolver los problemas tanto de pacientes, de tareas e investigaciones, serán participativos en clases, en las prácticas quirúrgicas y de consulta, es posible que pasen por encima de la opinión de los demás incluso de la autoridad.

Para la siguiente combinación se considera que los residentes buscarán la forma de mantenerse en un estatus, en un ambiente sin cambios, se esforzarán a buscar la estabilidad ante situaciones de tensión, lo anterior es posible que lo consigan acatando las ordenes que esperen recibir para actuar, ya que preferirán que sus compañeros tomen la iniciativa para realizar algún trabajo o para tomar alguna decisión importante y evadan responsabilidades.

El resto de las combinaciones básicas en situaciones bajo presión que resultaron en el grupo del área quirúrgica se aprecian en la gráfica 5 donde se encuentran con frecuencias y porcentajes menores a las combinaciones descritas anteriormente.

Gráfica 5: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en residentes del AREA QUIRUGICA



Para el área de diagnóstico integrada por 77 médicos residentes, la combinación básica que predominó en este grupo fue la ID, alto grado de influencia y bajo grado de dominio en 13 médicos (gráfica 6), es decir un 16.9% de los residentes del área, ante situaciones de tensión, responden pasivamente, ya que no se encuentran inmersos en tomar decisiones importantes, son personas persuasivas esto puede deberse al trato que deben mostrar con los pacientes para que colaboren con ellos. Es posible que sean amistosos y se preocupen más por su popularidad, tienden a actuar mecánicamente siguiendo sus impulsos más que su inteligencia, esto puede ser por el constante trabajo con equipo

electrónico para elaborar sus diagnósticos. Parece ser que ante problemas prefirieren que los demás tomen las decisiones importantes e inicien la acción, ya que dudan en actuar, quizá hasta sacrifiquen su interés para adaptarse a las soluciones impuestas.

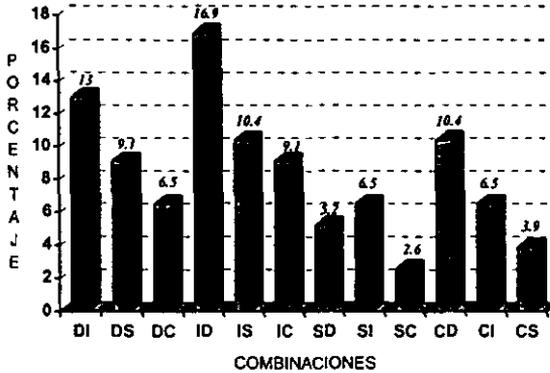
En segundo lugar, la combinación DI, alto grado de dominio y bajo grado de influencia prevalece en el grupo de diagnóstico (gráfica 6), con 10 médicos que representa un 13.0%, estos residentes cuando se encuentran en situaciones aversivas, es posible que traten de tomar el dominio de las cosas, en sus actividades puede ser que quieran operar los equipos más tiempo que los demás, buscarán sobresalir en clase, y se esforzarán por obtener mejores calificaciones que sus compañeros sin importarles tanto la relación que puedan tener con ello.

En las combinaciones IS, con alto grado de influencia y bajo grado de constancia en 8 médicos que representa un 10.4% del área (gráfica 6), podemos decir que estos ante situaciones de tensión, parecen actuar instintivamente, es posible que tomen decisiones inconsistentes y poco confiables, ya que su responsabilidad no es directa con el paciente, se preocupan más por su popularidad e imagen ante los demás, que por los resultados que puedan obtener ante una situación difícil, lo anterior concuerda con su bajo grado de constancia que se obtiene en S, parece ser que tienden a abarcar demasiado, inician diversas actividades en el hospital o fuera de él y dejan inconclusas varias de ellas.

En la CD, alto grado de cumplimiento y bajo grado de dominio, la misma frecuencia y porcentaje que la anterior (gráfica 6) se presenta en 8 médicos residentes del área de diagnóstico, que equivale a un 10.4%, lo que quiere decir, que es posible que sean personas que dependen totalmente de la supervisión y dirección de sus titulares o de sus compañeros para iniciar cualquier actividad, puede ser que sean rigurosamente apegados a métodos y procedimientos ya establecidos para evitar a toda costa las situaciones estresantes, tal vez renuncien a alguna actividad para evadir controversias y ser afrontados.

La distribución de las combinaciones restantes se puede apreciar en la gráfica que sigue:

Gráfica 6: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en residentes del AREA DE DIAGNOSTICO



En cuanto al grado de especialidad, es decir; residentes iniciales, intermedios y egresados, las posibles combinaciones básicas de las dimensiones DISC de la escala de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver, son las siguientes.

Tabla 5: Frecuencias y porcentajes de las combinaciones básicas por GRADO de especialidad obtenidas en la escala de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver

Combinación	GRADO						TOTAL	%
	Res. Iniciales		Intermedios		Res. Egresados			
	Frec	%	Frec	%	Frec.	%		
DI	5	7.8	45	10.2	12	9.3	62	9.79
DS	4	6.3	46	10.5	10	7.8	60	9.48
DC	6	9.4	19	4.3	8	6.2	33	5.21
ID	8	12.5	59	13.4	13	10.1	80	12.64
IS	11	17.2	44	10.0	13	10.1	68	10.74
IC	9	14.1	31	7.0	2	1.6	42	6.64
SD	3	4.7	26	5.9	12	9.3	41	6.48
SI	3	4.7	24	5.5	8	6.2	35	5.53
SC	1	1.6	9	2.0	3	2.3	13	2.05
CD	8	12.5	43	9.8	12	9.3	63	9.95
CI	5	7.8	73	16.6	27	20.9	105	16.59
CS	1	1.6	21	4.8	9	7.0	31	4.90
Total	64	100	440	100	129	100	633	100

Con base en la distribución de la tabla anterior, se describen los resultados obtenidos en cada uno de los grados. Iniciando con los 64 médicos residentes de primer ingreso.

La combinación que se presentó con mayor frecuencia fue IS, alto grado de influencia y bajo grado de constancia en 11 residentes que representan el 17.2% (gráfica 7), para estos médicos se considera que ante situaciones de tensión, parecen actuar con base a lo que ellos creen que pudiera ser, quizá debido a su inexperiencia tomen decisiones

inconsistentes, se sienten inseguros y poco confiables para resolver problemas, por su alto grado de influencia pueden aparentar que se preocupan en cuidar su imagen ante los demás, tratando de mostrarse atentos y colaboradores. El ingreso a una especialidad puede llevarlos a iniciar con entusiasmo una serie de actividades que más adelante, por la carga de trabajo pueden dejar inconclusas.

En el mismo grupo de médicos de primer ingreso, la segunda combinación que se presentó con mayor frecuencia fue IC, alto grado de influencia y bajo de cumplimiento en un 14.1% que representó a 9 médicos, para ellos podemos inferir que ante situaciones de presión tratan de quedar bien con el grupo, buscan la simpatía de los demás sin importarles tanto el trabajo, posiblemente sean distraídos y descuidados en los detalles. Parece ser que muestran cierta rebeldía y su apego a las políticas de la institución es pobre e ignoren las normas establecidas, esto puede llevarlos a tener problemas con la autoridad.

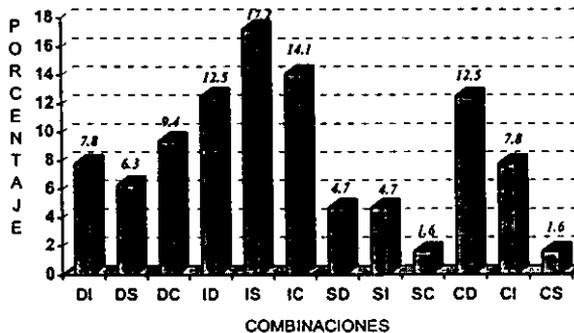
La siguiente combinación que se presenta es ID, alto grado de influencia y bajo grado de dominio en un 12.5%, es decir 8 residentes del grupo de primer ingreso (gráfica 7), ante situaciones de presión, tienden a mostrar dificultad en la organización de su tiempo, esto puede ser por la inexperiencia que tienen en las actividades, se preocupan en demasía en lo que piensen de ellos, tal vez respondan pasivamente y eviten las responsabilidades, prefiriendo que sus titulares tomen las decisiones importantes e inicien la acción, ya que dudan en actuar ante un

problema, quizá no se opongan a las opiniones de los demás

La combinación que presenta la misma frecuencia y porcentaje es la CD, alto grado de cumplimiento y bajo grado de dominio (gráfica 7), estos médicos residentes de primer ingreso, es posible que ante situaciones de presión sean personas que dependen totalmente de la supervisión y dirección de sus maestros o titulares para iniciar cualquier actividad, adopten un papel sumamente pasivo apegándose rigurosamente a los métodos y procedimientos establecidos por la institución, maestros, inclusive por compañeros de grados superiores para evitar a toda costa las situaciones estresantes, controversias y ser afrontados.

Las combinaciones restantes del grupo de médicos residentes de primer ingreso se presentan con frecuencias y porcentajes menores a las anteriores, esto se puede observar en la siguiente gráfica:

Gráfica 7: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en médicos de PRIMER INGRESO.



En lo que respecta a los médicos residentes de grados intermedios (de 2º a 5º) los 440 obtuvieron los siguientes resultados en la escala de trabajo bajo presión.

En primer lugar se presenta la combinación CI, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia en un 16.6% representando a 73 médicos (gráfica 8), lo que quiere decir que tratan de evitar las situaciones estresantes, buscan la estabilidad en sus actividades y parecen acatar ciertos procedimientos y métodos ya establecidos para evitar problemas tratando de llegar a una solución, si llegan a presentarse estos, tal vez consulten a o asesor antes de tomar alguna decisión y proceder a actuar, y así evitar o reducir la posibilidad de error. En las relaciones que tienen con sus colegas son superficiales, es factible que cuenten con pocas amistades y presenten tendencias de retraimiento y no asistan a reuniones sociales.

La combinación que se presenta en segundo lugar es la ID, con un alto grado de influencia y bajo grado de dominio en un 13.4% representando 59 médicos residentes de grados intermedios (gráfica 8), donde podemos decir que estos residentes ante situaciones de presión, tienen dificultad para organizar su tiempo de manera optima. Buscan adaptarse a las condiciones impuestas para evitar problemas con los pacientes, compañeros y maestros, tal vez respondan pasivamente y eviten

responsabilidades médicas, prefiriendo que los demás tomen las decisiones importantes e inicien la alguna actividad a pesar de que ya cuentan con experiencia en el ambiente hospitalario.

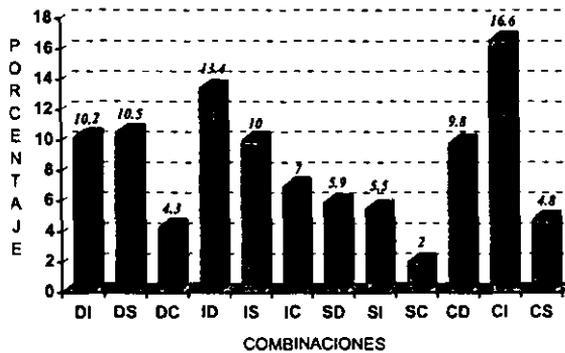
La tercera combinación que se presenta en este grupo es DS, alto grado de dominio y bajo grado de constancia en un 10.5% (gráfica 8) y podemos decir que 46 médicos. Se puede decir que estos residentes ante situaciones estresantes tienden a mostrar una serie de características de imposición ante la gente, ya sea con compañeros, pacientes y familiares, se resisten a participar como parte del grupo y son individualistas, tratarán de trabajar con insistencia por varias horas ante las situaciones difíciles, buscando sobresalir en el grupo, puede ser que algunas actividades las deleguen a médicos de grados inferiores o compañeros cuando la situación este bajo control.

Existen otras combinaciones con un porcentaje similar (gráfica 8), la combinación DI, alto grado de dominio y bajo grado de influencia en 45 residentes, es decir un 10.2% del grupo de grados intermedios también muestran características de liderazgo y buscan el dominio de las situaciones, sin preocuparse por las relaciones interpersonales con sus compañeros y maestros. Parece ser que prefieren trabajar solos para llegar a una solución ante alguna situación antagónica.

Otro porcentaje similar es el de la combinación IS, alto grado de influencia y bajo grado de constancia (gráfica 8), donde un 10.0% del grupo esta representado por 44 médicos, esto quiere decir que son ante situaciones de tensión, un tanto instintivos, no reflexionan la situación para poder encontrar una situación, prefieren retomar actividades libres responsabilidad. Tratan de quedar bien con el grupo evitando ser afrontados.

Las demás combinaciones básicas de trabajo bajo situaciones de presión, en el grupo de médicos de grados intermedios se distribuyen en la gráfica siguiente.

Gráfica 8: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en médicos de GRADOS INTERMEDIOS.



Para el grupo de 129 egresados, los resultados que se obtuvieron en las combinaciones básicas de la escala de trabajo bajo presión son los siguientes:

En primer lugar se presenta la combinación CI, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia en un (20.9%) con una clara diferencia con respecto a las demás combinaciones del grupo de egresados (gráfica 9), lo que quiere decir que 27 médicos tratan de evitar las situaciones estresantes, buscan la estabilidad en sus actividades y parecen acatar ciertos procedimientos y métodos que ser que establecidos por ellos mismo, si llegan a presentarse estas situaciones, tal vez solo consulten algún profesor o asesor antes de tomar alguna decisión importante para proceder a actuar. La relación con sus colegas es superficial, esto puede deberse a que sus expectativas de trabajo son externas al hospital donde cursaron su especialidad.

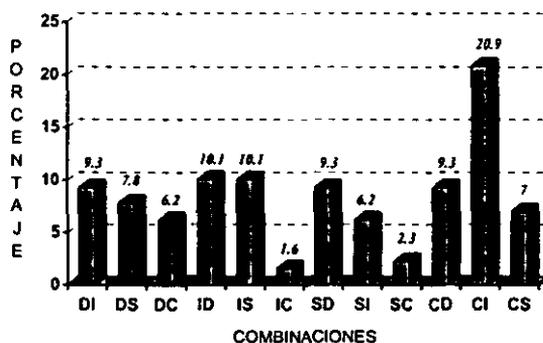
Se presentan dos combinaciones en segundo lugar con un 10.1% representando 13 médicos residentes egresados (gráfica 9). Una de ellas es la ID, alto grado de influencia y bajo grado de dominio, donde podemos decir que estos residentes ante situaciones de presión se preocupan de no poder resolver los problemas, tienden a presentar dificultad para organizar sus actividades, tal vez busquen mantener las relaciones con sus compañeros y maestros para recurrir a ellos cuando sea necesario.

La otra combinación es la IS, alto grado de influencia y bajo grado de constancia (gráfica 9), aquí se puede decir que estos médicos egresados

ante situaciones estresantes, parecen actuar instintivamente, toman decisiones basados en análisis superficiales, no se basan en los conocimientos adquiridos y hasta duden al iniciar un tratamiento, trabajo académico o actividades intrahospitalarias, se preocupan demasiado por mantener sus relaciones interpersonales, cuidan su imagen ante los pacientes, compañeros y maestros.

Las combinaciones básicas restantes que se obtuvieron del grupo de médicos residentes egresados en especialidad, presentaron frecuencias y porcentajes menores a las arriba mencionadas, esto se puede apreciar su distribución en la gráfica siguiente:

Gráfica 9: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en MEDICOS EGRESADOS



Como lo muestra la gráfica anterior, la tendencia de los médicos residentes a presentar un estilo de comportamiento bajo presión en el grupo de egresados, se va remarcando el predominio de la combinación CI, que nos indica las características que describen a este grupo.

Las combinaciones básicas obtenidas de las dimensiones DISC de la escala de trabajo bajo presión obtenidas del análisis realizado por sexos, son las siguientes:

Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de las combinaciones básicas por SEXO obtenidas en la escala de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver

Combinación	SEXO				TOTAL	%
	Masc		Fem			
	Frec	%	Frec	%		
DI	50	11.7	12	5.8	62	9.79
DS	48	11.3	12	5.8	60	9.48
DC	26	6.1	7	3.4	33	5.21
ID	33	7.7	47	22.7	80	12.64
IS	48	11.3	20	9.7	68	10.74
IC	25	5.9	17	8.2	42	6.64
SD	24	5.6	17	8.2	41	6.48
SI	25	5.9	10	4.8	35	5.53
SC	7	1.6	6	2.9	13	2.05
CD	38	8.9	25	12.1	63	9.95
CI	78	18.3	27	13.0	105	16.59
CS	24	5.6	7	3.4	31	4.90
Total	426	100	207	100	633	100

Del total de la muestra, las combinaciones básicas de comportamiento bajo presión de los 426 varones se distribuyen de la siguiente manera; la combinación que predomina es la CI, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia en un 18.3% del grupo masculino (gráfica 10), quiere decir que 78 médicos residentes bajo situaciones de presión tienden a presentar características de evitar las situaciones antagónicas, buscan la estabilidad en sus actividades cumpliendo con su trabajo,

parecen acatar los procedimientos y métodos ya establecidos, solicitan el apoyo de algún supervisor o asesor antes de tomar alguna decisión y proceder a actuar. Parecen olvidarse un tanto de las relaciones interpersonales cuando se les presenta algún problema o situación estresante.

La siguiente combinación en el grupo masculino es la DI, alto grado de dominio y bajo grado de influencia, donde 50 médicos representan el 11.7%, (gráfica 10), estos médicos tienden a tomar la iniciativa de las tareas encomendadas y buscan encabezar el trabajo de equipo, no toman en cuenta la opinión de los demás y tratan de manejar las situaciones estresantes de acuerdo a los procedimientos que él considere adecuados.

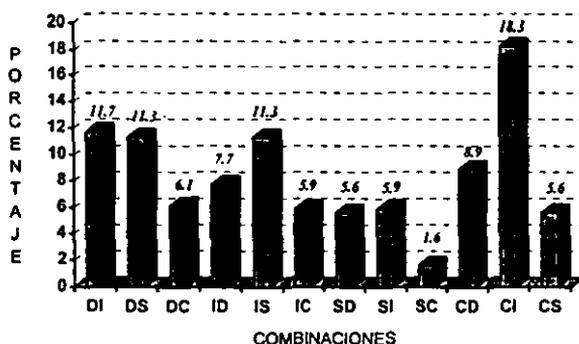
Se presentan dos combinaciones con la misma frecuencia y porcentaje 48 casos que representa el 11.3% cada una (gráfica 10). La DS, alto grado de dominio y bajo grado de constancia, puede mostrar una actitud de imposición ante la gente, tratarán de trabajar con esmero por largos periodos de tiempo hasta encontrar una solución. Es posible que se hostilicen cuando las cosas no resultan como ellos lo esperaban y buscan los errores en los demás, ante situaciones de estrés se resisten a participar como parte del grupo

La otra combinación es la IS, alto grado de influencia y bajo grado de constancia (gráfica 10) donde estos médicos, en situaciones bajo

presión, tienden a no comprometerse demasiado para evitar problemas, buscan actividades constantes y condiciones de trabajo estables que no impliquen riesgos, pareciera ser que delegan las decisiones importantes a sus compañeros.

Las combinaciones básicas restantes del grupo masculino obtenidos de la escala de trabajo bajo presión se pueden observar en la gráfica siguiente:

Gráfica 10: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en MEDICOS VARONES



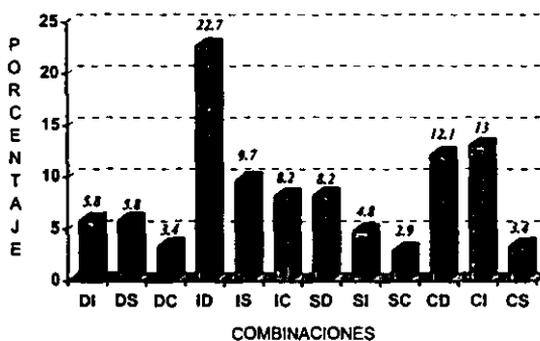
La distribución de las combinaciones básicas obtenidas en la escala de trabajo bajo presión en las 207 mujeres se menciona a continuación: en primer lugar 47 de ellas presentan la combinación ID, alto grado de influencia y bajo grado de dominio (gráfica 11), el 22.7% del grupo femenino tiende ante situaciones de presión, mostrar dificultad para planear y organizar su tiempo, tal vez duden al tomar decisiones, parece ser que cuando existen problemas responden pasivamente y eviten las responsabilidades, tratan de adaptarse a las soluciones impuestas.

La segunda combinación que se presenta en el grupo de mujeres que cursan la especialidad médica es la CI en un 13.0%, alto grado de cumplimiento y bajo grado de influencia (gráfica 11), lo que nos quiere decir que 27 de ellas buscan la estabilidad en sus actividades y parecen acatar los procedimientos y métodos ya establecidos para evitar situaciones estresantes, tal vez consulten a un supervisor o asesor antes de tomar alguna decisión y proceder a actuar, parece que las relaciones con sus colegas se muestran superficiales, se preocupan siempre por llegar a una solución.

La tercera combinación que se presenta en el grupo de mujeres es la CD, alto grado de cumplimiento y bajo grado de dominio en 25 de ellas (gráfica 11), lo cual nos quiere decir que el 12.1% de ellas se muestra con tendencias a apegarse a normas y procedimientos establecidos para resolver problemas, prefiere que los demás tomen las riendas de la situación, siempre y cuando ellas participen en las actividades hospitalarias que no corran mayor riesgo.

Para las restantes combinaciones que se presentan en el grupo de mujeres residentes, podemos decir que se distribuyen con frecuencias y porcentajes menores a los mencionados anteriormente. Esta distribución se puede apreciar en la gráfica No. 11, donde se puede observar la elevación de la barra que representa la combinación ID (alto grado de influencia y bajo grado de dominio).

Gráfica 11: Distribución de combinaciones básicas de trabajo bajo presión ("L") de Cleaver obtenidas en MUJERES RESIDENTES



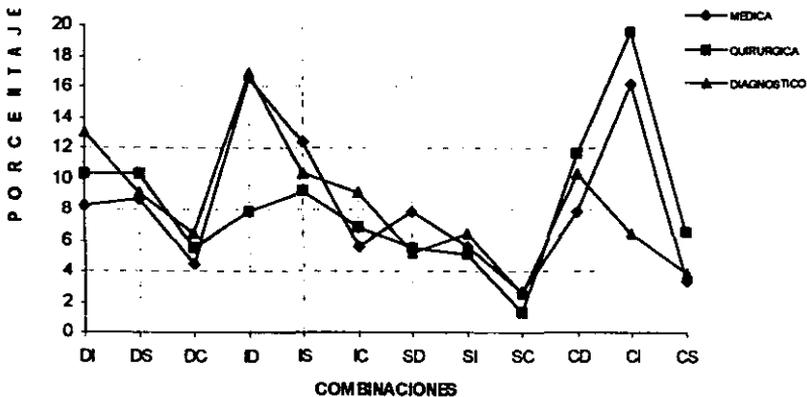
Siendo que se presentan determinadas combinaciones con mayor frecuencia y porcentaje, dependiendo del área, grado y sexo, se considera que existen estilos de comportamiento bajo situaciones de presión de acuerdo a las actividades que desarrollan en una residencia médica de especialidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente en el trabajo bajo presión en la escala "L" de la Técnica Cleaver en médicos residentes que cursan una especialidad, podemos concluir que en el presente trabajo se encontró, que ante las situaciones de presión los médicos residentes tienden a reaccionar con un estilo de comportamiento, dependiendo del área, grado y sexo al que pertenecen.

En la siguiente gráfica podemos comparar las elevaciones de las combinaciones que se presentan en cada una de las áreas. Esta gráfica nos ayuda a establecer qué perfiles predominan en cada uno de los grupos.

Gráfica 12: Comparación por AREA de especialidad para las combinaciones de trabajo bajo presión en médicos residentes



Se concluye entonces, que en el área médica predominan las características de alto grado de influencia y cumplimiento, siendo que buscan mantener las condiciones de trabajo lo más estable posibles, evitando así enfrentarse a problemas, cumpliendo con sus obligaciones en el hospital y tratando de aprovechar al máximo en las actividades docentes. Se sujetan adecuadamente a las normas establecidas por sus titulares, por la institución y compañeros de niveles superior.

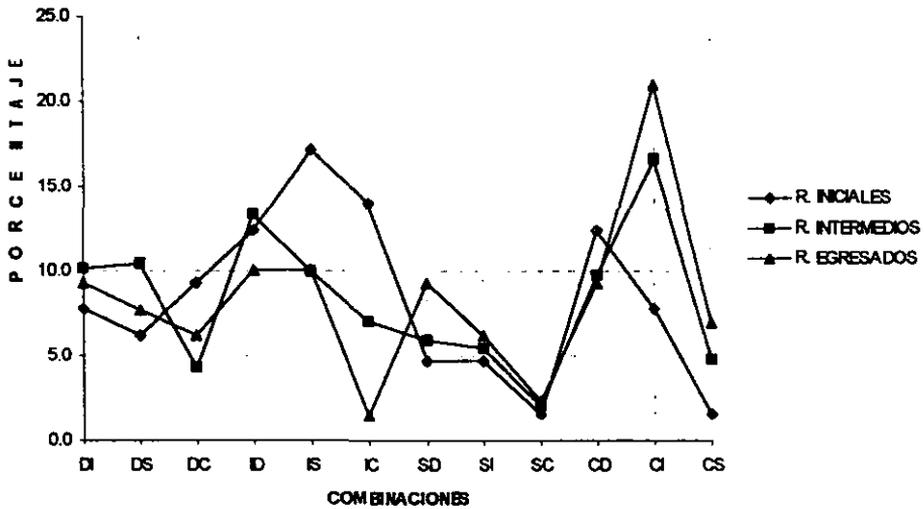
En lo que respecta al área quirúrgica podemos concluir que un mayor número de médicos de esta área presentan tendencias a un alto grado de cumplimiento; es decir cumplen con sus funciones intrahospitalarias y de quirófano, responden adecuadamente a las situaciones bajo presión. En suma a lo anterior, buscan sobresalir en el grupo, toman iniciativa para resolver los problemas, sus conocimientos tienen que ser en medida considerable mayores a las otras áreas. Tienden a despreocuparse de sus relaciones sociales cuando el trabajo se acumula, son distantes y cortantes con su compañeros de trabajo.

Para el área de diagnóstico, se concluye que la tendencia de estos médicos a reaccionar ante situaciones de presión es menos precisa. Existe menor frecuencia en los perfiles que sobresalen de los demás, sin embargo; podemos decir que las características que predominan son las de cumplimiento, ya que los médicos residentes que pertenecen a esta área responden pasivamente ante situaciones de presión, puesto que no tienen responsabilidad directa con los pacientes, se auxilian de equipos

electrónicos y determinan que los demás tomen las decisiones importantes que impliquen compromiso, son apegados a las normas y reglas establecidas.

De la misma manera se comparo la distribución por grado de especialidad para determinar las elevaciones de las combinaciones que se presentan con mayor frecuencia para los residentes iniciales, de reingreso y egresados, lo cual se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica 13: Comparación por GRADO de especialidad para las combinaciones de trabajo bajo presión en médicos residentes



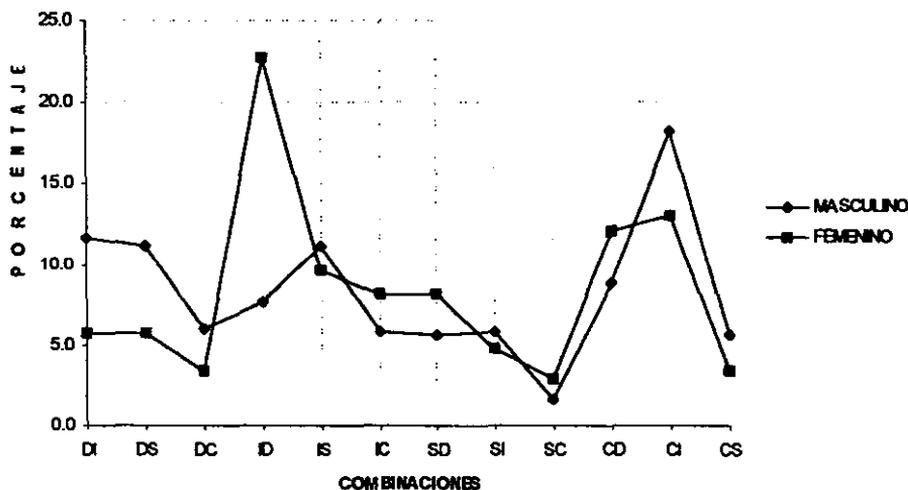
Se concluye que los médicos de primer ingreso o iniciales ante situaciones de presión, tienden a ser de manera considerable personas apegadas a las normas, tratan de evitar las situaciones antagónicas y buscan resolver de la mejor manera los problemas que se puedan presentar. Se preocupan por mantener la relación con sus compañeros y maestros, evitando enfrentarse a ellos.

En cuanto a los médicos de reingreso, se concluye que sus características de cumplimiento y apego a las normas se mantienen, así como las de relaciones sociales, sin embargo van cobrando influencia y buscan sobresalir del grupo, toman iniciativa para resolver problemas, se consideran capaces de enfrentar retos, siempre y cuando cuenten con la supervisión de algún titular o maestro que les auxilie y evitar riesgos.

Para los médicos egresados, se llega a la conclusión , que presentan con mayor frecuencia un estilo de comportamiento con características de cumplimiento ante situaciones de presión, esto quiere decir que tienden a afrontar con más responsabilidad los problemas que puedan llegar a presentarse. Esto parece corresponder a que deben tener iniciativa para tomar de manera integral lo casos, tratando siempre de llegar a la solución del problema, ya que tienen consciencia de que no contarán con titulares ni maestros que los puedan auxiliar.

Para comparar las tendencias a reaccionar ante situaciones de presión en hombres y mujeres, se compararon las reacciones ante situaciones de presión en ambos sexos, lo cual se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica 14: Comparación por SEXO para las combinaciones de trabajo bajo presión en médicos residentes



Para el grupo masculino podemos concluir que ante situaciones de presión, los varones tienden a reaccionar con más responsabilidad ante las situaciones aversivas que tiene que afrontar, se abstienen de tomar decisiones importantes y prefieren que otros lo hagan. La relación con sus compañeros tratarán de mantenerla para recurrir a ellos cuando sea necesario.

En lo que respecta a las mujeres, se concluye que un número considerable de médicos residentes que pertenecen a este género son más participativas, tienden a tomar iniciativa para resolver situaciones antagónicas y buscan sobresalir en el grupo sin dejar de cumplir con sus obligaciones.

LIMITACIONES y SUGERENCIAS

Aun cuando en el presente trabajo se encontró que en los médicos residentes en especialidad, existen estilos de comportamiento ante situaciones de presión laboral dependiendo del área, grado y sexo al que pertenecen, no es posible determinar un perfil preciso, lo anterior debido básicamente a lo siguiente:

- 1.- La técnica de evaluación utilizada en esta investigación, no indaga los aspectos emocionales y de personalidad, considerando que éstos son aspectos importantes para desarrollarse adecuadamente en cualquier ámbito de desempeño.*
- 2.- Se investigaron únicamente las reacciones en el aspecto laboral y más específicamente, las respuestas de los médicos residentes ante situaciones de presión.*
- 3.- Las evaluaciones se realizaron a los residentes cuando se terminaba un año escolar, esto pudo reducir la percepción de presión en las situaciones que experimentaron durante el curso correspondiente a ese año.*

SUGERENCIAS

Es importante considerar todos los aspectos de la personalidad, para esto se sugiere la integración de un estudio que contemple la aplicación de pruebas de personalidad y proyectivas que permitan establecer un perfil más preciso.

De la misma manera con una integración de pruebas, investigar de qué manera los médicos residentes en especialidad canalizan sus ansiedades y saber cómo repercuten en el desarrollo de su residencia.

Considerar un análisis en cualquier situación y no solamente ante situaciones aversivas o de tensión.

Con base en que los médicos residentes ante situaciones de presión parecen reaccionar adecuadamente, se considero importante la creación de un taller de manejo de estrés que favorezca y estimule el desarrollo de los médicos residentes que tienen problemas de adaptación ante las situaciones de presión.

Bibliografía

1. *American Academy of Family Physicians (1997) DSM-IV "Atención Primaria." Barcelona*
2. *Ausbel D.P., Psicología Educativa "un punto de vista cognoscitivo" México 1983, edit. Trillas.*
3. *Butterfiel, P.S.S. The Stress of Residency Arch Intern Med. Vol. 148, June 1988.*
4. *Conde Brandt F., (1975) Análisis funcional de la conducta. Caracas.*
5. *Cruz Luna M.T.S.E, y cols. Encuesta de opinión sobre el proceso de enseñanza- aprendizaje de médicos residentes durante su formación en la especialidad. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995, Vol.33, No.3, pp.341-346*
6. *Díaz Guerrero R. y Spielberger C.D. (1975) Inventario de ansiedad Rasgo-Estado, El manual moderno, S.A.*
7. *Diel, Paul, (1966) El miedo y la angustia Paris, Fondo de cultura económica.*

8. Donald E., Girard, M.D., David H., Hickam, M.D. M.P.H. A prospective study of internal medicine residents *Academic Medicine* Vo. 66 No.2 February 1991. pp 111-114
9. Eysenck H.J. (1983) Estructura y medición de la inteligencia, Herder, Barcelona
10. Felsten Gary and Wilcox Kathy. Influences of stress and situation-specific mastery beliefs and satisfaction with social support on well-being and academic performance. *Psychological Report*, 1992 vol.70 pp 291-303
11. Ferris N. Pitts Jr., M.D. Winokur, M.D. and Marks Stewart, M.R.C.S. Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. From the Department of Psychiatry and Neurology, Washinton University School of Medicine, octubre 1961 pp 333-340.
12. George S. Everly Jr. (1989) A Clinical guide to the treatment of the Human Stress Response Plenum Press, New York.
13. Hosmer Mawardi, P. Satisfactions, dissatisfactions and causes of stress in medical practice *JAMA* vol.241, No. 14 april 1979 pp 1483-1486
14. Jack, D., McCue, M.D. Occasional Notees: The distress of internship. *The New York England Journal of Medicine*, vol. 312 No.7, February 1985

15. John A., Toews J.M. Lockyer D.J., Gobson, A. Keith Brownell. Stress and harassment: perceptions of students and residents *Academic Medicine*, Vol. 68, No. 10, Octubre 1993.
16. Lazarus Richard S. (1986) Estres y procesos cognitivos, Barcelona.
17. Lifshitz Alberto "Perfil profesional del especialista en medicina. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, diciembre 1992, Vol.35, No. 4 pp.149-152
18. Matthen McKay, Martha Davis, Patrick Fanning; (1988) Técnicas cognitivas para el tratamiento del estres. Ediciones Roca, S.A.
19. Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10 "Trastornos mentales y del comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico" Ginebra
20. Organización Mundial de la Salud (1993) CIE-10 "Trastornos mentales y del comportamiento. criterios diagnósticos y de investigación. Ginebra
21. Philip Feldman (1985) Prevención y solución de problemas psicológicos aplicando la psicología social, México, Edit. Harla.

22. *Raymod J. Stubbeibine Manual de la Técnica Cleaver, America, A.C. (1991)*

23. *Resident services committee, Association of Program Directors in Internal Medicine Stress an Impairment during Residency Training: Strategies for reduction, identification and Management. Annals of internal Medicine, 15 July 1988, pp 154-161.*

24. *Richard H. Dana (1972), Teoria y práctica en Psicología Clínica. Edit. Paidos, Buenos Aires.*

25. *Sarason Irwin G. (1976), Stress and anxiety Halsted Press, New York.*

26. *Sharon T., and Phelan, M.D. Sources of stress an support for the pregnant resident. Academic Medicine, Vol. 67, No. 6, Jun 1992, pp 408-410.*

27. *Sturmtha B.A. Marital stress and medical training: An experencia with a support gruop for medical house staff wives. American Academy of pediatrics. Vol.65, No. 5, May 1980 pp 944-947*