

11237



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI

**"DETERMINACION DEL AUTOCONCEPTO DE LOS RESIDENTES
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN. SXXI
A TRAVES DE DOS METODOS"**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MÉDICA

PRESENTA

DRA. ARCELIA SILVA CASTILLO

TUTOR:

DRA. ANA CAROLINA SEPÚLVEDA VILDÓSOLA
Jefe de la División de Educación en Salud

COLABORADORES:

Psicólogo. Margarita Bautista Espinosa
Psicólogo clínico Rodolfo Cabrera Salas
Psicólogo. Rubén W. Varela Domínguez



SUBDIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

0351830

2005



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** agradecida infinitamente y siempre, el impulso interior para luchar y salir adelante.

A mis **padres** Rosa Maria y Arturo por su amor, apoyo y comprensión desinteresada.

A mis **Hermanos** Armando, Arturo por su amor y entusiasmo para que siga adelante.

A mi Hermano **Christian**, que aunque ya no este en la tierra. Se que desde el cielo me manda todo su amor y cariño. Siempre te llevo en mi corazón Hermano.

A mis **Sobrinos** Diana, Armando, Christian y Adrián que son la alegría de la casa, gracias.

A mis **Cuñadas** Mari y Adriana que son parte de mi familia y que puedo contar con ustedes.

A **Ti amor** que has ocupado en mi corazón un lugar muy especial en mi vida y que me haz llenado de luz.

A mis **Maestros** por todo su apoyo y enseñanza.

A mi **hospital de pediatría** CMNSXXI que me vio llegar y crecer al mismo tiempo.

A mis pacientes: **Los niños** que me enseñaron y me seguirán enseñando por siempre.

INDICE

ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPÓTESIS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
- Universo y muestra	
- Tipo de Estudios	
- Criterio de inclusión, no inclusión, y eliminación	
- Desarrollo del estudio	
- Definición y clasificación de las variables	
- Plan de análisis estadístico	
- Cronograma de actividades	
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS	

Silva CA, Sepúlveda VA "Determinación del Autoconcepto de los residentes de Pediatría del Hospital de Pediatría del CMN. SXXI a través de dos métodos".

ANTECEDENTES: El autoconcepto es una parte fundamental de la personalidad del individuo, un concepto que cada quien tiene de sí mismo. El tener un autoconcepto devaluado provoca bajo desempeño laboral y académico. El conocer el autoconcepto durante la residencia permitirá tomar medidas para favorecerlo en esta etapa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: 1.- ¿Cuál es el autoconcepto que tienen los residentes de pediatría del HP CMN SXXI? 2.- ¿Existen diferencias en el autoconcepto de acuerdo al grado académico? 3.- ¿Cuáles son las variables ambientales que se identifican como importantes en los dibujos de los residentes para mantener un mejor autoconcepto durante su etapa de formación? 4.- ¿Existe asociación entre los resultados de la interpretación del autoconcepto a través de el método convencional de medición de autoconcepto (escala de Tennessee) y método cualitativo (dibujo libre)?

OBJETIVO: 1.- Identificar el autoconcepto de los residentes de pediatría del HP CMN SXXI a través de su expresión pictórica y escala de autoconcepto de Tennessee y determinar si existen diferencias de acuerdo al grado académico.

2.- Conocer cuáles son las variables ambientales que los residentes manifiestan como importantes, a través de los dibujos, para mantener un mejor autoconcepto durante su etapa de formación.

Objetivo secundario: Determinar si existe asociación entre el resultado de la interpretación del dibujo libre y la interpretación del la escala de autoconcepto de Tennessee.

HIPOTESIS: 1. El grado académico del residente influye de manera directa en su autoconcepto: a mayor grado académico, mejor autoconcepto. 2. Existe asociación positiva entre el resultado de la interpretación del dibujo libre y la escala de autoconcepto de Tennessee.

METODOLOGIA Y ANALISIS ESTADISTICO: Tipo de estudio: transversal comparativo. Criterios de inclusión: residentes de 1°, 2°, 3°, 4° del HP CMN SXXI. Desarrollo del estudio y Plan de Análisis Estadístico:

1.- Se les aplicó dos instrumentos de evaluación, Escala de autoconcepto de Tennessee y dibujo libre. 2.- Se realizó el análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencia. 3.- Se compararon los resultados obtenidos de los 2 instrumentos de medición con coeficiente C de Cramer. 4.- Los dibujos se analizaron a una guía preestablecida, por dos psicólogos por separado. 5.- Se identificaron todas las variables en los dibujos que influyen en el autoconcepto y se formaron categorías.

RESULTADOS: 1.- El 100% de los residentes obtuvieron una calificación global baja en la escala de autoconcepto de Tennessee. Al desglosar por cada uno de los componentes de dicha escala, el 100% tuvieron calificación baja en identidad, 7.5% obtuvieron calificación baja en autosatisfacción, 88.7% en autocomportamiento, 90.6% en yo físico, 84.9% en yo ético-moral, 100% en yo personal, 71.7% en yo familiar y 58.5% en yo social. 2.- El análisis de los dibujos demostró que solo seis (11.32%) de los alumnos tuvieron un autoconcepto bueno. Con respecto a cada uno de los componentes de la Escala de Tennessee, los dibujos mostraron rasgos de identidad en 29 casos (54.7%), autosatisfacción en 21 casos (39.6%), autoconducta en 16 (30.2%), yo físico en 38 (71.7%), yo ético moral en 45 (84.9%), yo personal en 44 (83%), yo familia en 21 (39.6%) y yo social en 41 (77.4%). 3.- El análisis proyectivo de cada uno de los dibujos demostró depresión en el 15.2%, manifestados con sentimiento de represión en el 1.9%, angustia en el 3.8%, ansiedad en el 3.8%, y miedo en el 3.8%. Solamente el 7.5% manifestó datos de felicidad. El 69.8% de los dibujos manifestaron elementos externos como influyentes en su autoconcepto, los cuales fueron stress en el 11.3%, inseguridad en el 11.3%, cansancio en el 18.9%, insatisfacción en el 28.3%. El 47.2% evaden la responsabilidad, y el 56.6% representaron la carga de trabajo como un factor negativo importante en sus dibujos. 4.- existe una evolución a lo largo de la especialización, ya que los alumnos de primer grado manifestaron mayores datos de inseguridad y dependencia, los de segundo y tercer años tuvieron datos francos de ansiedad e insatisfacción, y un alto grado de locus de control externo, y los de cuarto grado inseguridad, narcisismo y conflicto con la autoridad. 5.- En lo que respecta a la correlación entre los componentes de la escala de Tennessee, encontramos que no existen diferencias en las categorías de autosatisfacción ($p=0.659$), autocomportamiento ($p=0.444$), yo físico ($p=0.665$), yo familiar ($p=0.226$) ni yo social ($p=0.513$). La categoría de yo ético-moral sí presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas escalas ($p=0.003$).

CONCLUSIONES:

- El 100 % de los residentes muestran un autoconcepto bajo según la escala de Tennessee.
- El 88.6% de los residentes muestra un autoconcepto bajo según el dibujo libre.
- El dibujo libre es una herramienta útil para identificar problemas relacionados con el autoconcepto de las personas, sobre todo para los componentes de autosatisfacción, autocomportamiento, yo físico, yo familiar y yo social.
- El dibujo libre permitió identificar variables importantes como son: oralidad, depresión, represión, angustia, ansiedad, miedo, estrés, inseguridad, cansancio, insatisfacción, evasión, frustración, irritabilidad, dependencia, y conflicto con la autoridad.
- Se identificó la carga de trabajo como una variable ambiental frecuente.
- Existen diferencias al analizar los dibujos en forma grupal por grado de residencia.
- Según la escala de Tennessee el componente menos afectado es el de autosatisfacción y según los dibujos el yo ético moral y el yo personal.

ANTECEDENTES

El interés del hombre por saber más acerca de sí mismo lo ha obligado al estudio del comportamiento humano. El análisis operacional de la antigua cuestión filosófica de: ¿Quién soy yo? llevó a la psicología a la elaboración del constructo de autoconcepto¹.

El doctor Williams H. Fitts en 1965 aportó la Escala de Autoconcepto de Tennessee que abarca el desarrollo de formas de medición, y busca dar respuesta a las interrogantes que se plantean en el autoconcepto con relación a la adaptación, a los factores que contribuyen a la formación del autoconcepto y de cómo se puede predecir la conducta partiendo del mismo².

El autoconcepto incluye varios componentes como son:

- 1.- El perceptual: es la forma en que la persona se percibe a sí misma, basándose en las impresiones que los otros tienen hacia ella.
- 2.- El conceptual: se refiere a los conceptos que tiene la persona de sus características, habilidades, recursos, fallas y limitaciones y de la concepción de su pasado y su futuro.
- 3.- El componente de las propias actitudes que incluye los sentimientos acerca de sí y su desenvolvimiento ante el estatus social y ante su futuro³

La percepción que una persona tiene de sí misma, es multidimensional, en las que unas dimensiones adquieren más valor que otras^{4,5}. Para Fitts las dimensiones son:

A) Dimensión interna:

- 1.- Identidad del self (¿Quién soy?),
- 2.- Comportamiento del self (Capacidad para realizar la conducta)
- 3.- Satisfacción del self. (Me gusta)

B) Dimensión externa: Self físico, ético-moral, self profesional, self familiar, self social.

La suma de estos elementos dan un nivel determinado de autoconcepto⁴.

El autoconcepto aparece en la bibliografía especializada de las últimas décadas como un concepto central en un gran número de investigaciones de la salud, la psicología y las ciencias de la educación. Se han hecho revisiones desde 1976 a 1998 en investigaciones de este tema, abarcando cinco áreas:

- El autoconcepto en el ámbito educativo: autoconcepto y rendimiento, autoconcepto y necesidades educativas especiales, programas educativos para la promoción del autoconcepto, entre otras, en donde se relacionan variables tales como desarrollo personal y social, motivación, estatus sociométrico y adaptación escolar.
- El autoconcepto en relación con otros constructos propios del desarrollo personal y social, tales como la integración social, las habilidades de interacción, las relaciones familiares y afectivas, etc.
- El autoconcepto y su relación con el rendimiento físico y deportivo.
- El autoconcepto y su influencia en la elección escolar y vocacional.
- El autoconcepto en ámbito de equilibrio personal, la salud, el desgaste profesional. Se determina el estrés, autoestima, depresión, salud mental, salud física, imagen corporal ^{2,6,7,8,9}

La formación del autoconcepto es el resultado de la interacción con el ambiente. Cada etapa de la vida demanda que ciertas necesidades sean cubiertas, para que de esta manera, el desarrollo tanto físico como psíquico siga su curso normal, si el individuo resuelve adecuadamente sus etapas de la niñez cubre las necesidades que cada una de ellas implica, le dará una garantía de salud mental en el futuro, un autoconcepto firme y real. Cuando se pasa a la siguiente etapa sin haber resuelto satisfactoriamente la anterior, el "yo" comienza a debilitarse, hay energía retenida, represión, fijación que impedirá que la nueva etapa se viva plenamente y así se seguirá con cada etapa de la vida hasta que

no se resuelva el conflicto. Por lo tanto un punto de partida para la formación del autoconcepto adecuado es la confianza básica que se haya logrado adquirir en los primeros años de vida. Cuando el individuo vive en un armonioso mundo de representaciones objétales internacionalizadas formado de miembros significativos de la familia, amigos cercanos, y demás, un grupo social y una identidad cultural, tiene toda la energía y capacidad de dar amor, confirmación, apoyo y profundidad a las interacciones con los demás a través de este mundo interno en continuo crecimiento. (1)

Por lo tanto el conocimiento de sí mismo es una empresa que empieza tempranamente y se prosigue durante toda la vida. (1)

Zoccolillo Mark quien refiere que variables como el nivel de depresión, el nivel de ansiedad, el tratar de dar una imagen favorable ante los demás aunque esta no sea la real, el tener un control de impulso externo, el mantener relaciones interpersonales superficiales, el buscar reconocimiento y aceptación de los demás para satisfacer sus metas y sus logros aunque su mayor necesidad sea sentirse aprobado y reconocido por los demás y la falta de motivación influyen negativamente en la formación de su autoconcepto. (10)

Fistts Propone que el autoconcepto puede ser significativamente afectado en forma positiva por:

- 1.- Las experiencias, especialmente las de tipo personal, las cuales generan sentimientos positivos, y un sentimiento de estimación y valor.
- 2.- Competencia en áreas que son valoradas por el individuo y por otros.
- 3.- Autorrealización o la implementación y realización de las verdaderas potencialidades personales del individuo, cualquiera que sean.

Y en forma negativa cuando éstos mismos puntos no se cumplen. (4)

La imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud mental. De tal manera que las personas que se ven a sí mismos como indeseables o nulas, tienden a actuar de acuerdo con esta idea; y aquellas con un concepto poco realista de sí mismo tienden a enfocar la vida a otras personas en forma también poco realista.²

El autoconcepto se nutre de la percepción que las personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo, cuando mayores sean los logros en un determinado dominio de la persona con la persona que nos comparamos, mayores serán las consecuencias en cuanto a cambio del autoconcepto en ese ámbito. Las personas cambiamos nuestra auto percepción dependiendo de la retroalimentación que recibimos de los demás y de la dirección que nos marca. (5)

Existen varias formas de evaluar el autoconcepto. Una de ellas es la escala de Tennessee que es un instrumento altamente confiable y el más utilizado para la medición del autoconcepto por tener confiabilidad y validez estadística desde su construcción. Algunos autores lo han utilizado en sus diversas investigaciones, Morales F. y colaboradores en 1999 y Aguilar V. y colaboradores en 1995. (11, 12, 13)

Su coeficiente de confiabilidad es de 0.88, los procesos de validación son, por su contenido, ya que la escala es lógicamente significativa y públicamente comunicable, puede discriminar entre grupos como por ejemplo, entre una persona psiquiátrica y no psiquiátrica, se puede correlacionar con otras medidas psicométricas tales como MMPI, Inventario de preferencias personales de Edwards, medidas de personalidad como por ejemplo inventario de emociones, y por último se correlaciona con cambios de personalidad bajo condiciones particulares. (13)

Este instrumento se usa para describir la imagen que se tiene de sí mismo, y se encuentra disponible en dos formas: La forma de orientación y la forma de clínica y de investigación. La primera es apropiada para la autointerpretación y se puede comentar

con los examinados, se califica más rápido y fácilmente pues incluyen menos variables y puntajes y requiere de menos sofisticación en psicometría y psicopatología. En cambio la segunda forma es más compleja en calificación, en análisis e interpretación y no es indicada para auto-interpretación por retroalimentación directa al sujeto y valora escalas defensivas, de ajuste general, escala de psicosis, escala de desórdenes de la personalidad, escala de neurosis y escala de integración de la personalidad. (13)

La escala de Tennessee consta de 100 afirmaciones, evalúan tres dimensiones o componentes de las actitudes hacia el sí mismo, como son:

- Identidad (lo que soy) o la forma como el individuo se percibe, y que denominamos autoconcepto (AC).
- Autosatisfacción o autoestima (AE) (cómo me siento). Indica cómo el individuo se siente consigo mismo.
- Autocomportamiento (ACom) (lo que hago). Refleja la manera en que el sujeto percibe su propia conducta.

Cada una de las tres dimensiones hace referencia a su vez a cinco grandes parcelas del autoconcepto:

- Sí mismo físico (FI). Indica el punto de vista de la persona sobre su propio cuerpo, su estado de salud, su aspecto físico, su capacidad y sexualidad.
- Sí mismo moral-ético (ME). Tiene que ver con la fuerza moral del individuo, su relación con Dios y sus convicciones de ser una persona buena, la satisfacción con su propia vida religiosa o la ausencia de la misma.

- *Sí mismo personal (PE)*. Refleja el sentimiento de adecuación del sujeto como persona, independientemente de su físico y de sus relaciones con los otros.
- *Sí mismo familiar (FA)*. Señala el propio sentimiento de adecuación, valoración e importancia como miembro de una familia y como perteneciente a un círculo restringido de amigos.
- *Sí mismo social (SO)*. Se refiere a la forma como el individuo vive su relación con los otros, su capacidad de adecuación y el valor de su interacción social.

Puntuación Total es el puntaje de mayor relieve e importancia. Designa el nivel global de la propia estima, concepto y comportamiento.

La *escala de autocrítica* es una escala independiente formada por 10 afirmaciones, tomada del MMPI.

Puntuación de distribución. Refleja la seguridad con la que el sujeto se percibe a sí mismo. (13)

Por otro lado hay otros métodos de evaluación cuantitativa y cualitativa disponibles para el investigador. En el pasado la tendencia ha favorecido el empleo de métodos cuantitativos, en gran medida por su validez y confiabilidad, sin embargo, cada vez es más evidente que, tanto en la enseñanza como en el aprendizaje, las investigaciones cualitativas le dan al educador conocimiento sobre la riqueza del ambiente educativo. (14)

Las metáforas se han descrito como una manera imaginativa de describir algo. Por lo tanto se puede decir que una metáfora ya sea de una descripción escrita o una representación gráfica, da una idea o concepto personal. (15)

Así como el uso de dibujos hechos por alumnos que representan diversos aspectos de sus experiencias, es uno de tales métodos. (16)

Zalce y col, en 1993 encontraron que la expresión pictográfica facilita la comunicación y expresión de emociones sobre acontecimientos pasados de las personas, que no han podido ser integrados y que se encuentran en el inconsciente. Concluyen que es un medio más útil para obtener información que el diálogo acostumbrado⁴.

McLean y col 2003, evaluaron la posible contribución de los dibujos como un medio para investigar el autopercepción de un grupo de alumnos de pre-grado en medicina. Encontraron que los dibujos fueron útiles para introyectarse en el mundo del aprendiz de una forma que no puede alcanzarse por otros medios. Este estudio analizó el posible usos de dibujos (un tipo de metáfora) como un medio que contribuyó en las evaluaciones de cursos, concentrándose especialmente en el desarrollo personal de los alumnos y el aprendizaje que alcanzaron mediante un programa que se implementó en una escuela medica sudafricana en el nivel del primer año, en enero del 2001.(16)

Al pedir a los alumnos que representaran en forma gráfica la influencia que había tenido el año escolar en su desarrollo personal, los investigadores obtuvieron abundante información, y opinaron que esto no hubiera sido posible, empleando análisis cuantitativos o cualitativos convencionales. Una invaluable información que proporcionaron los alumnos fue sobre los sentimientos y emociones que experimentaron al inicio de clases. El aspecto más importante radicó en el hecho de que fueron los alumnos mismos quiénes informaron de sus propias experiencias y de cómo percibieron la realidad.

Los dibujos en combinación con una pequeña explicación de los mismos, sin importar su calidad artística proporcionaron una perspectiva general más amplia, suplementando otras evaluaciones de naturaleza cualitativa y cuantitativa más conocidas. (16)

Como menciona McKenzie y asociados es más fácil evaluar un dibujo que un cuestionario, en gran parte debido a lo emotivo de sus imágenes. (17)

Van Tilburg añade que el empleo de técnicas que utilicen dibujos para evaluar a grupos específicos es un método alternativo que ayuda a identificar las percepciones, actitudes y valores de la persona (18).

Existen tres inconvenientes importantes para el uso de representaciones gráficas, El primero es el tiempo promedio necesario para conceptuar y posteriormente plasmar en un dibujo. Segundo, la habilidad gráfica de quién dibuja y tercero el análisis de los dibujos. Sin embargo Mckenzie en su estudio titulado "Dibujando sobre una Experiencia: un método para evaluar cursos en forma general utilizando información retroalimentativa de alumnos", contradice el primer inconveniente ya que los sujetos de su estudio pudieron terminar sus dibujos en unos 5 minutos lo que es similar al tiempo que se toma para responder por escrito cuestionarios convencionales. En cuanto al segundo inconveniente, encontró que, para el sujeto en estudio, fue más fácil dibujar que escribir comentarios coherentes, hubo variabilidad en los dibujos, siendo algunos con un nivel de simplicidad de preescolar; sin embargo resultaron ser tan ilustrativos como los dibujos más sofisticados. Por lo tanto, el segundo inconveniente se descarta. Y por último en cuanto al tercer inconveniente del análisis de los dibujos, refiere que existen dos puntos principales que deben considerarse para el análisis del dibujo: el primero incluye las preocupaciones de carácter metodológico sobre la confiabilidad, la validez y la aparente objetividad de los procesos de análisis e interpretación, el segundo concierne el grado de significación y utilidad que puedan tener las interpretaciones para su público. Encontró, una forma típica de analizar e interpretar los dibujos, por el análisis del contenido. En el análisis de dibujos pueden formarse categorías de significados a partir del contenido de dibujos, y los dibujos pueden ser clasificados de acuerdo con estas categorías por varias personas para añadir a la confiabilidad del esquema de clasificación. La validez de los análisis y las interpretaciones pueden probarse por medio de la asociación de otras fuentes de material

evaluativo, como debe ser el caso de todo método evaluativo. Por lo tanto, y con el propósito de proporcionar validez y confiabilidad a este método, es importante que más de un individuo interprete los dibujos y que se establezcan reglas para estos estudios. Es importante incluir instrucciones para que los alumnos describan sus dibujos, ya que, esto amplifica el mensaje transmitido en éstos, lo que a su vez proporciona un grado más de confiabilidad. Posteriormente pueden discutirse los resultados, tanto con maestros como con alumnos, para confirmar las interpretaciones, y de esta manera asegurar aún más su validez. Todas estas particularidades ayudó a los autores a analizar los dibujos de los sujetos en estudio dando un grado de confiabilidad y validez a estos. (16, 17,)

En contraste Thomas y Jolley consideran que existen innumerables factores que intervienen en la expresión pictórica de los niños, tales como factores afectivos ante el estímulo, además de la subjetividad con que se interpretan los dibujos, lo que hace de esta herramienta un método ambiguo que debe ser complementado con otros procedimientos. (19)

Pocos estudios evalúan los dibujos en adultos. (16,17). Se enfocan más a la población infantil. Esto probablemente sea debido a que son instrumentos más frecuentemente utilizados por los niños, quienes con gran imaginación y fantasía expresan sus intereses, sentimientos o preocupaciones, mientras que los adultos lo han abandonado como una forma de expresión, lo que lo hace un terreno poco explorado.

Por otro lado, el Residente durante su formación, experimenta múltiples situaciones de estrés ante las cuales debe reaccionar emocionalmente. Además de obtener nuevos conocimientos y adquirir mayor experiencia, el alumno debe ir madurando como persona y como futuro especialista, preparándose para la vida que le espera una vez culminada su fase de formación. Collins y colaboradores reportan que el desempeño clínico de los profesionistas depende de atributos de personalidad y motivación. (20)

Pocas investigaciones tratan del entorno del residente de Pediatría. Según Otis, G. y Weiss, L. 1973 Investigaron que los alumnos que deciden estudiar pediatría han sido descritos como extrovertidos, socialmente audaces, aptos, resistentes al rigor del trato con la gente y de situaciones iguales, poseen fluidez verbal, son alegres, brillantes, sensibles, participativos, independientes y tienen consentimiento social, son relajados y **están satisfechos con ellos mismos**, buscan dirigir, planear, ordenar, y cuidar su vida para ser responsables y conscientes de su trabajo.(21)

Gutiérrez y col. estudiaron el perfil psicológico de los residentes de pediatría del departamento de salud mental del Hospital del Niño (D.I.F.) de 1974 a 1979, concluyendo que el 80% **no** tiene elementos psicopatológicos. (22).

Sin embargo siendo el autoconcepto una parte fundamental de la personalidad del individuo, un concepto que cada quien tiene de si mismo, que se forma de acuerdo a las características, atributos, cualidades, defectos, capacidades, así como que se adquiere, enriquece y modifica a lo largo de la vida, que según como se haya reforzado será positivo o negativo. Favorecerá el desarrollo de las capacidades potenciales de cada persona, motivando la autorrealización si esta resulta sobre todo ser positiva.

Por lo tanto es importante su investigación en la etapa de formación del médico especialista, que es durante la residencia médica, ya que esta etapa es una de las más importantes, en donde se define la personalidad del especialista, porque se enfrenta a innumerables situaciones tanto favorables y desfavorables que lo hacen crecer o madurar en el aspecto profesional como personal. No existen muchas investigaciones al respecto, pero se ha sabido en base, a las experiencias vividas y a las experiencias de generación en generación que han tenido muchos otros residentes y a una investigación realizada en el H.P. CMN SXXI 2004 por Flores P. A. que durante la residencia, el residente se enfrenta ha situaciones de constante estrés por estar en contacto directo con la vida y la muerte con sus pacientes, jornadas de trabajo extenuantes, guardias, aunado a una

carga académica y asistencial que debe de cumplir y tener, para su enseñanza y culmino de sus estudios, que hacen que el residente tenga mucha susceptibilidad y que lo convierten en presa fácil para tener un desequilibrio emocional que puede influir en la percepción que tiene de si mismo y por ende en su rendimiento. (2,23)

Sin embargo también tiene muchos satisfactores tales como tener la oportunidad de hacer una especialidad que muchos otros no pudieron tener, así como encontrarse, en particular, a los residentes de pediatría HP CMN SXXI, en uno de los mejores hospitales del país en donde se aprende una buena medicina, el adquirir nuevos conocimientos, tener la oportunidad de ver una diversidad de patologías y lo más importante estar en contacto con los niños. (23)

La actual tendencia a la calidad total en la atención médica obliga a los prestadores de la salud a encontrarse en óptimas condiciones físicas y mentales, por lo que conocimos, a través de la asociación de dos métodos, uno cuantitativo (Escala de autoconcepto de Tennessee) y uno cualitativo (dibujo libre) el autoconcepto que tienen los residentes de pediatría.

JUSTIFICACIÓN

El autoconcepto es una de las variables fundamentales para el desarrollo personal y social de los individuos, de tal forma que los niveles significativamente bajos en esta variable llevan a generar problemas en las relaciones con los demás, problemas de rendimiento escolar, sentimientos de incompetencia para realizar determinadas actividades en la vida cotidiana, y en definitiva, un sentimiento de infelicidad y autodesprecio que invade a toda la persona.

La residencia es una de las etapas más importantes de formación del médico especialista en donde el médico residente se desarrolla y madura como profesionalista por la cantidad de aprendizaje que adquiere, sin embargo, además de ser una etapa muy satisfactoria se encuentra bajo ambientes de estrés por encontrarse con situaciones de vida o muerte en los pacientes, jornadas de trabajo extenuantes, el cumplir con carga asistencial y académica para su enseñanza y culminación de sus estudios, que pueden influir en su autoconcepto. El médico residente conforme va teniendo mayor jerarquía por el grado académico avanzado va adquiriendo menor carga de trabajo tanto asistencial como académico, está más motivado, y su autoestima es mayor, por lo tanto menor estrés por lo que creemos que tiene un mejor autoconcepto de sí mismo.

Por lo tanto es importante conocer cuál es el autoconcepto que tienen los residentes durante su formación. El conocer el autoconcepto de los residentes permitirá tomar medidas que lo favorezcan durante su etapa de formación, lo cual redundará en mejores relaciones sociales y rendimiento académico y por ende el ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es el autoconcepto que tienen los residentes de pediatría del HP CMN SXXI?
2. ¿Existen diferencias en el autoconcepto de acuerdo al grado académico?
3. ¿Cuáles son las variables ambientales que se identifican como importantes en los dibujos para afectar el autoconcepto del residente durante su etapa de formación?
4. ¿Existe asociación entre los resultados de la interpretación del autoconcepto a través del método convencional de medición (escala de Tennessee) y método cualitativo (dibujo libre)?

OBJETIVOS

1. Identificar el autoconcepto de los residentes de pediatría del HP CMN SXXI a través de su expresión pictórica y método convencional (escala de Tennessee) y determinar si existen diferencias de acuerdo al grado académico.
2. Conocer cuales son las variables ambientales que los residentes manifiestan como importantes a través de los dibujos para mantener un mejor autoconcepto durante su etapa de formación.

OBJETIVO SECUNDARIO

1. Determinar si existe asociación entre el resultado de la interpretación del dibujo libre y la interpretación del test convencional (escala de Tennessee).

HIPÓTESIS

1. El grado académico del residente influye de manera directa en su autoconcepto: a mayor grado académico, mejor autoconcepto.
2. Existe asociación positiva entre el resultado de la interpretación del dibujo libre y el método convencional de evaluación de autoconcepto (escala de Tennessee)

MATERIAL Y METODOS:

UNIVERSO: Residentes de pediatría del Hospital de Pediatría CMN SXXI

TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal, comparativo

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Residentes de 1º, 2º, 3º y 4 años de pediatría adscritos al HP CMN SXXI., HGZ Troncoso, HGR Gabriel Mancera, HGZ Villa Coapa y HGZ Venados,
2. Que aceptaron participar en el estudio.
3. Cualquier sexo

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1. Rotaciones parciales externas del HP CMN SXXI al momento de la medición
2. Residentes con alguna sicopatología ya diagnosticada.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

1. Que no entreguen cualquiera de los instrumentos de evaluación.

DESARROLLO DEL ESTUDIO:

1. Una vez autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética, se procedió a invitar a los residentes de pediatría de las sedes participantes, a colaborar en el estudio.
2. Se proporcionó una hoja en blanco con las instrucciones del procedimiento para el dibujo libre (Anexo 1).
3. Se otorgó una hora para la realización del dibujo libre.
4. Posteriormente se les solicitó a los alumnos que contestar la escala de Tennessee (Anexo 2). Que consta de un formato de 100 reactivos, una hoja de respuestas y una hoja para graficar los resultados. Esta última llenada e interpretada por los autores de la investigación y personal experto (psicólogos). Se otorgó una hora para contestar la escala de Tennessee. Las instrucciones están en el anexo 2.
5. Durante la aplicación de los instrumentos se encontraron los autores del protocolo de estudio así como alguno de los psicólogos participantes para resolver cualquier

duda que se presentara, así como para observar las actitudes de los participantes.

6. Todos los dibujos fueron analizados por dos psicólogos expertos en interpretación de dibujos, por separado, y, quienes previamente estandarizaron un listado de formas de interpretación de los datos obtenidos del dibujo libre (Anexo 3) En caso de discordancia se recurrió a un tercer psicólogo experto en dibujos.
7. El estudio de las variables que influyen en el autoconcepto fueron identificadas del análisis de los dibujos libres, de donde se obtuvieron todas las variables que los alumnos dibujaron, para posteriormente formar categorías.
8. Una vez que se obtuvieron los resultados de estas interpretaciones se recurrió nuevamente a la población de estudio para informarles los resultados y corroborar la pertinencia de las conclusiones.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	CATEGORIAS
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento a la fecha actual.	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos
SEXO	Conjunto caracteres, anatómicos fisiológicos que distinguen al macho de la hembra entre los individuos de una misma especie.	Cualitativa Nominal	Mujer Hombre
GRADO DE RESIDENCIA	Años académicos de la residencia cursados y aprobados	Cuantitativa ordinal	Grado que cursa al momento de la aplicación
AUTOCONCEPTO	Es la forma en que la persona se concibe a si mismo de acuerdo a lo que es.	Cuantitativa discreta Cualitativa nominal	Escala de Tennessee: 1.- Autoconcepto normal Puntuaciones P altas (T40-T70) 2.- Autoconcepto bajo Puntuaciones P bajas por debajo de T40. Dibujo libre: 1.- Autoconcepto normal - Ubicación en el centro. - Emplazamiento en el centro. - Presión del papel adecuada. - Variaciones del trazo con líneas rectas y líneas fluidas. - Tamaño del dibujo normal que ocupa un cuartil y un tercio de los otros. - Detecta el conflicto: ausencia o presencia no excesivamente marcada de un elemento esencial. - Sin tachaduras, manchones,

Autosatisfacción	Como me siento. Que indica como el individuo se siente consigo mismo.	Cuantitativa Discreta Cualitativa Nominal	Escala de Tennessee 1.- Autoconcepto normal Puntuaciones P altas (T40-T70) 2.- Autoconcepto bajo Puntuaciones P bajas por debajo de T40. Dibujo libre: Presente: normal Ausente: bajo
Conducta	Lo que hago, refleja la manera en que el sujeto percibe su propia conducta.	Cuantitativa Discreta Cualitativa nominal	Escala de Tennessee 1.- Autoconcepto normal Puntuaciones P altas (T40-T70) 2.- Autoconcepto bajo Puntuaciones P bajas por debajo de T40. Dibujo libre: Presente: normal Ausente: bajo
Yo físico	Punto de vista de la persona sobre su propio cuerpo, estado de salud, su aspecto físico, capacidad, sexualidad	Cuantitativa discreta Cualitativa Nominal	Escala de Tennessee 1.- Autoconcepto normal Puntuaciones P altas (T40-T70) 2.- Autoconcepto bajo Puntuaciones P bajas por debajo de T40. Dibujo libre: Presente: normal Ausente: bajo
Yo ético moral	Fuerza moral del individuo, relación con Dios y sus convicciones de ser una persona buena.	Cuantitativa discreta	Escala de Tennessee 1.- Autoconcepto normal Puntuaciones P altas (T40-T70) 2.- Autoconcepto bajo

		Cualitativa nominal	Dibujo libre: Presente: normal Ausente: bajo
--	--	------------------------	--

ANALISIS ESTADISTICO

1. Se realizó el análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencia.
2. Se compararon los resultados obtenidos a través de los 2 instrumentos de medición con coeficiente C de Cramer. (24)
3. Los dibujos se analizaron de acuerdo a una guía pre establecida. (Anexo 3)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2004					2005						
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	ENE	FEB	MAY	JUL	AGO	SEPTIEM	
TEMA	XX	XX										
BIBLIOGRAFIA			XX									
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO				XX								
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO					XX							
ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO						XX						
RECOLECCION DE DATOS							XX	XX				
ANALISIS DE LOS RESULTADOS									XX	XX		
PRESENTACION DE RESULTADOS											XX	

FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS:

1. Dra. Arcelia Silva Castillo Residente de pediatría del cuarto año
2. Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola Jefe de la División de Educación
3. Psicólogo Margarita Bautista Espinosa
4. Psicólogo. Rubén W. Varela Domínguez
5. Psicólogo Clínico Rodolfo Cabrera Salas

RECURSOS MATERIALES

Hojas blancas, lápices, colores, computadora, Escala de evaluación de autoconcepto de Tennessee

RECURSOS FINANCIEROS

Fue solventado por los investigadores

ASPECTOS ETICOS

Este estudio no implicó de maniobras experimentales, se les planteó a los residentes el motivo del estudio y se pidió su aceptación para la aplicación de los instrumentos de evaluación. Al detectarse patología, se identificó a la persona por medio de su pseudónimo y se canalizó para su ayuda respectiva. Número de aceptación del comité de investigación: R-2005-3603-14

RESULTADOS

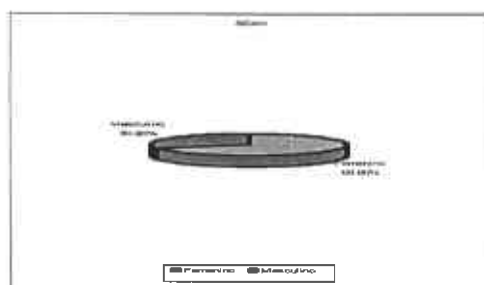
Se incluyeron 53 residentes, de un total de 76, lo que corresponde al 69.73%. Nueve fueron excluidos por encontrarse en rotación de campo en provincia, dos no aceptaron participar, y la tesista. Once fueron eliminados por no completar los dos instrumentos de evaluación. De éstos, 7 fueron de segundo año, dos de tercero y dos de cuarto grado; ocho fueron mujeres y tres hombres; la edad más frecuente fue de 27 años, con una mediana de 27. (Tabla 1). Ochenta por ciento de ellos obtuvieron una calificación baja en la escala de autoconcepto de Tennessee, pero fueron eliminados debido a que no entregaron el dibujo libre.

TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LOS ALUMNOS QUE FUERON ELIMINADOS

GRADO	SEXO	EDAD	AUTOCONCEPTO ESCALA TENEESEE
2	F	26	BAJO
2	F	27	BAJO
2	F	28	NORMAL
2	F	28	BAJO
2	M	26	BAJO
2	M	28	BAJO
2	F	27	BAJO
3	F	27	BAJO
3	F	27	NORMAL
4	M	30	BAJO
4	F	29	BAJO

De los 53 residentes que completaron ambos instrumentos, treinta y siete correspondieron al sexo femenino (69.8%), y 16 fueron del sexo masculino (30.2%), con una relación de 2.3: 1.

GRAFICA 1 PORCENTAJE DE RESIDENTES POR SEXO



Con respecto al grado, 16 residentes (30.2%) fueron de primer año, que corresponde al 100% de los residentes de ese grado; catorce (26.4%) fueron de segundo año, que corresponde al 63.6% del total de residentes de ese grado. Dieciséis residentes (30.2%) fueron de tercer grado, que corresponde al 80% del total de residentes de tercero, y solo 7 residentes de cuarto grado (13.2%), que corresponde al 36% del total de alumnos inscritos para ese grado.

TABLA 2

GRADO	SE INCLUYERON	TOTAL DE RESIDENTES	% INCLUIDOS POR GRADO
PRIMERO	16	16	100
SEGUNDO	14	22	63.6
TERCERO	16	20	80
CUARTO	7	18	36
TOTAL	53	76	69.73

La edad de los residentes varió desde 24 a 33 años, con un promedio de 27.3 y ds 1.79.

ESCALA DE TENNESSEE: (Anexo 4)

El 100% de los residentes obtuvieron una calificación global baja en la escala de autoconcepto de Tennessee. Al desglosar por cada uno de los componentes de dicha escala, el 100% tuvieron calificación baja en identidad, 7.5% obtuvieron calificación baja en autosatisfacción, 88.7% en autocomportamiento, 90.6% en yo físico, 84.9% en yo ético-moral, 100% en yo personal, 71.7% en yo familiar y 58.5% en yo social.

TABLA 3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE TENEESEE

	NORMAL	BAJO
AUTOCONCEPTO GENERAL	0	53
IDENTIDAD	0	53
AUTOSATISFACCION	49	4
AUTOCOMPORTAMIENTO	6	47
YO FISICO	5	48
YO ETICO MORAL	8	45
YO PERSONAL	0	53
YO FAMILIAR	15	38
YO SOCIAL	22	31

- Referente al Autoconcepto General en el EAT (Tennessee) la muestra evaluada se presenta como un grupo de personas que duda de su valía, se perciben como indeseables, están ansiosos, deprimidos, e infelices. Con poca confianza en si mismos, además de ver el futuro de manera pesimista.
- La muestra evaluada en lo referente al Yo Soy que es la identidad básica obtuvieron una puntuación general muy baja, esto muestra que se perciben tanto en lo personal como en lo laboral distorsionados, no identificados con lo cotidiano y lo laboral, posiblemente por estar deprimidos.

- Sin embargo, en la única subescala del EAT llamada de Autosatisfacción que se mantuvo en la normalidad, la muestra evaluada se percibe satisfecha a pesar de lo distorsionado de las demás, hay satisfacción en la autoimagen. Los sujetos evaluados a pesar de tener una pobre imagen de si mismos están satisfechos con lo que hacen.
- Referente a la subescala de Conducta la muestra evaluada también percibe su conducta distorsionada y poco apegada a su identidad, la dirección de su conducta no correlaciona del todo con la identidad.
- Referente al Yo Físico la muestra evaluada también obtuvo puntuación muy baja en lo referente a como se perciben en su estado de salud, cuerpo, apariencia, habilidades y sexualidad, hay insatisfacción por la propia imagen desde el punto de vista físico.
- En la subescala del Yo Ético-Moral la muestra evaluada se percibe también distorsionada y poco aceptada en lo referente a su conducta religiosa, de valores, y de sus cualidades morales, hay sentimientos poco satisfactorios de su calidad moral como personas.
- En lo referente al Yo Personal hay inadecuación por los propios sentimientos y su relación hacia los demás, no se sienten aceptados y mucho menos queridos. La propia distorsión de si mismo impide relaciones satisfactorias y plenas.
- La subescala del Yo Familiar indica también en la muestra evaluada que hay mala percepción de la familia hacia el individuo evaluado, aun que el puntaje trata de acercarse a la normalidad, persiste una mala impresión del si mismo en las relaciones familiares.
- Por ultimo la subescala del Yo Social muestra como los sujetos evaluados tienden a tratar de ver a los demás en su justo medio a pesar de ellos sentirse devaluados y distorsionados, poco aceptados, el puntaje muestra la tendencia a tratar de ver a los demás y relacionarse con ellos de una manera mas real.

ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS:

El análisis de los dibujos demostró que solo seis (11.32%) de los alumnos tuvieron un autoconcepto bueno. Dos correspondieron a alumnos de segundo grado, y los otros cuatro de tercero. Todas correspondieron a mujeres, con una mediana de edad de 27 años.

Con respecto a cada uno de los componentes de la Escala de Tennessee, los dibujos mostraron rasgos de identidad en 29 casos (54.7%), autosatisfacción en 21 casos (39.6%), autoconducta en 16 (30.2%), yo físico en 38 (71.7%), yo ético moral en 45 (84.9%), yo personal en 44 (83%), yo familia en 21(39.6%) y yo social en 41 (77.4%). (Tabla 4)

TABLA 4. RESULTADOS DE LA INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO LIBRE

	PRESENTE	AUSENTE
IDENTIDAD	29	24
AUTOSATISFACCION	21	32
AUTOCOMPORTAMIENTO	16	37
YO FISICO	38	15
YO ETICO MORAL	45	8
YO PERSONAL	44	9
YO FAMILIAR	21	32
YO SOCIAL	41	12

El análisis proyectivo de cada uno de los dibujos demostró depresión en el 15.2%, manifestados con sentimiento de represión en el 1.9%, angustia en el 3.8%, ansiedad en el 3.8%, y miedo en el 3.8%. Solamente el 7.5% manifestó datos de felicidad. El 69.8% de los dibujos manifestaron elementos externos como influyentes en su autoconcepto, los cuales fueron stress en el 11.3%, inseguridad en el 11.3%, cansancio en el 18.9%, insatisfacción en el 28.3%. El 47.2%.evaden la responsabilidad, y el 56.6% representaron la carga de trabajo como un factor negativo importante en sus dibujos.

El análisis por grados de residencia demostró que los residentes de primer grado presentaron rasgos de tipo depresivo, tales como inseguridad, uso de la evasión, sentimientos de inadecuación, frustración, irritabilidad y culpa, además de dificultad para interactuar socialmente y la presencia de rasgos regresivos como la dependencia, necesidad de apoyo y afecto, oralidad, dificultad para el control de impulsos. (Figura 1)

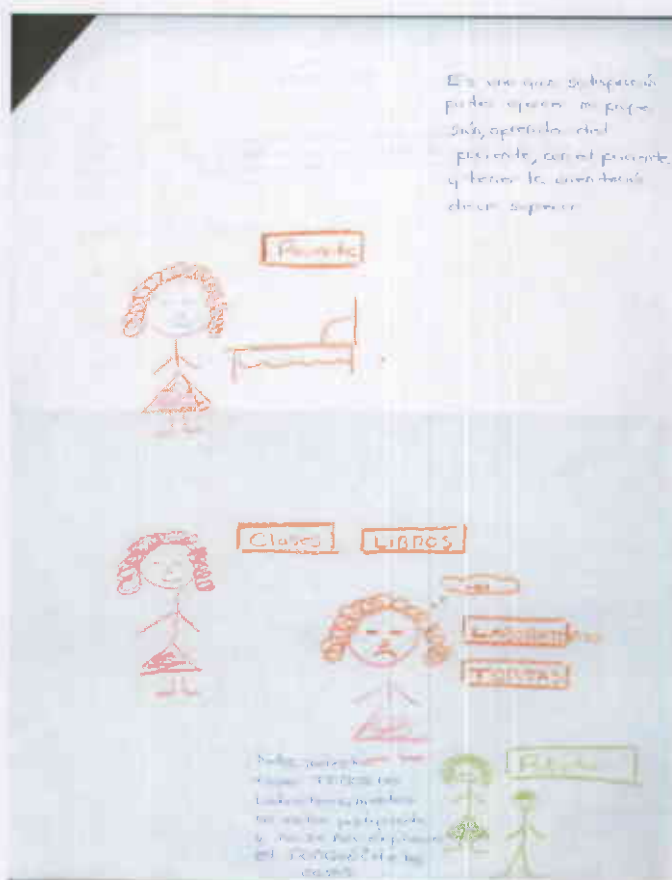


Fig. 1. Dibujo de características infantiles, que muestra inmadurez emocional, inconformidad, represión, agresión, irritabilidad, evasión de la responsabilidad, dificultad en relaciones interpersonales y datos de tipo depresivo a nivel general y poco compromiso.

Para los alumnos de segundo año, además de los rasgos depresivos anteriormente enunciados se detectó la presencia de rasgos de tipo ansioso y de dificultad para adaptarse socialmente (Figura 2)



Fig 2. Dibujo con datos evidentes de depresión, inestabilidad emocional, frustración, incertidumbre, ansiedad, inseguridad, insatisfacción, angustia, oralidad, dificultad para interaccionar socialmente y no identifica apoyos externos.

Los alumnos de tercer grado nuevamente manifestaron rasgos depresivos, sobresaliendo en éste grupo la baja autoestima, así como la gran dificultad en el manejo apropiado de impulsos hostiles y agresivos en relación con figuras autoritarias, aunado a datos de mayor ansiedad.(Figura 3)



Fig. 3 Dibujo con datos de depresión, que muestra angustia, ansiedad, insatisfacción, y con deseo de cumplir las exigencias del medio externo ante la cual la persona se siente impotente e inerte, con un probable manejo a través de la intelectualización y negación

Los alumnos de cuarto grado mostraron rasgos marcados de evasión a la realidad, y algunos muestran posturas narcisistas y obsesivas, mecanismos primitivos en su funcionamiento mental, posturas de dependencia, uso del pensamiento mágico, uso de la fantasía aunada a rasgos de tipo ansioso, al parecer evidentes ante la presencia de figuras autoritarias. (Figura 4)



Fig. 4. Dibujo con rasgos depresivos, que muestra ansiedad, inseguridad, insatisfacción, con miedo al futuro, con sentimiento de ser incapaz para cubrir las expectativas como especialista, intelectualización, problemas con figuras autoritarias, narcisismo.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE LOS DOS MÉTODOS.

Todos los residentes presentaron un autoconcepto bajo de acuerdo a la escala de Tennessee, y el 88% de ellos también mostraron datos en el dibujo libre compatibles con un autoconcepto bajo. Al convertirse la escala de Tennessee en una constante, no es posible calcular si esta correlación es estadísticamente significativa. Lo mismo sucede para los componentes de yo personal (100% bajo en Tennessee vs. 17% en dibujo) y de identidad (100% bajos en escala de Tennessee vs. 45% en el dibujo)

En lo que respecta a la correlación entre los componentes de la escala de Tennessee, encontramos que no existen diferencias en las categorías de autosatisfacción ($p=0.659$), autocomportamiento ($p=0.444$), yo físico ($p=0.665$), yo familiar ($p=0.226$) ni yo social ($p=0.513$), es decir, que se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay diferencias entre ambos métodos de medición, por lo que sí existe una correlación entre ambas.

La categoría de yo ético-moral sí presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas escalas ($p=0.003$), lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no hay correlación entre ambas escalas.

DISCUSION

La forma en que la persona se percibe a si misma es de suma importancia, ya que en gran medida define su actuar. El hecho de tener un autoconcepto devaluado provoca que la persona se sienta desvalorado, deshumanizado, con un bajo desempeño tanto académico como laboral, y corre un mayor riesgo de tomar decisiones inadecuadas o desarrollar acciones en forma poco oportuna (2,7,20,). Además afecta sus habilidades de interacción social (7) y en su estado de salud físico y mental (7,). Lamentablemente, diversos estudios han demostrado que el autoconcepto bajo es frecuente y está relacionado con el síndrome de desgaste profesional (7, 25,26). En el presente estudio se encontró el autoconcepto en rangos bajos, medido a través de la escala de Tennessee, en el 100% de los alumnos, lo cual es un dato alarmante, y nos habla de la percepción del alumno de su autoconcepto en forma consciente. Al evaluar a los alumnos mediante el dibujo libre, se encontró que el 88.6% de los alumnos presentaron características compatibles con un autoconcepto bajo, lo cual indica la percepción a nivel inconsciente.

La escala de Tennessee es una prueba psicometría que ha sido validada en población mexicana (27), por lo que constituye a la fecha, la mejor manera de medir objetivamente el autoconcepto de las personas. Sin embargo, diversos estudios sugieren que la evaluación del dibujo es una herramienta útil en la evaluación del autoconcepto de las personas (16,17), y además permite identificar otras variables importantes que pueden influir en el mismo, así como creencias, valores y percepciones. En el presente estudio se evaluó el dibujo por dos psicólogos expertos, en forma independiente, encontrando una concordancia elevada entre ambos, así como con la evaluación objetiva de la escala de Tennessee, lo que le da mayor validez al estudio, aunque es posible que exista un sesgo debido al hecho de solo contar con el 69% del total de alumnos, y esto puede estar mayormente afectado en la interpretación de los resultados de residentes de segundo y cuarto años. Sin embargo, otros estudios desarrollados con la misma muestra de alumnos han revelado resultados semejantes. La Dra. Gina Malagón (2005) encontró, mediante la escala de Halminton que la prevalencia de depresión mayor en estos alumnos fue de 19% (28). En el presente estudio se encontró que el 15.2% presentan datos de depresión en el dibujo libre. En nuestro estudio el 28.3% de los dibujos presentaron manifestaciones de insatisfacción, que contrastan con los hallazgos del Dr. Andrey Flores (2004), quien encontró una prevalencia de insatisfacción del 3.1%, (23). Los resultados de la prueba de Tennessee fueron muy similares a esta última cifra (7.5%), lo cual nuevamente puede explicarse al hecho de que en el estudio del Dr. Andrey Flores y la escala de Tennessee

ponen de manifiesto el análisis consciente de su estado de satisfacción, y en el dibujo se expresa de manera inconsciente.

Los sujetos evaluados a pesar de tener una pobre imagen de si mismos están satisfechos con lo que hacen, pudiéndose explicar que su autoconcepto es bajo, solo durante el proceso de la residencia potencializándose durante esta etapa por los factores externos que rodean al residente que son temporales para posteriormente desaparecer y cumplir con su objetivo final ser pediatra y su gusto por la pediatría.

Por otro lado los elementos externos encontrados en la investigación del Dr. Andrey Flores y en nuestro trabajo como influyentes de la satisfacción coinciden, siendo la principal sobre carga de trabajo. Mc Kenzie, evaluando la impresión de los alumnos de arquitectura de sus cursos, encontró también que el stress y la carga de trabajo son factores determinantes (17,29).

Otros factores identificados en la mayoría de nuestros dibujos, independientemente del grado académico, fueron la inseguridad, incapacidad para interactuar socialmente, stress e inmadurez, lo que concuerda con lo reportado por McLean en 2001, quien hizo un estudio longitudinal evaluando el autoconcepto de estudiantes de medicina en su primer año de estudios (16). Este autor reporta cambios en el autoconcepto de los estudiantes a lo largo del año, principalmente en la maduración personal. Aproximadamente el 44% de los alumnos iniciaron y terminaron el año con sentimientos positivos, lo cual contrasta con los resultados encontrados en este estudio, en que solo el 7.5% de los alumnos manifestaron datos de felicidad.

El componente religioso se manifestó solamente en unos de los dibujos, lo que contrasta con lo encontrado por la Dra. Gina Malagón, de que el 55.5% de los residentes consideran la religión como un elemento importante para su desempeño laboral y académico. La asociación de profesores en medicina reporta que la religión y espiritualidad tienen efectos positivos para el bienestar de los médicos (26).

La evaluación del autoconcepto de nuestros alumnos se realizó en los últimos dos meses de su curso escolar, sin embargo la época en la que se ha reportado un repunte en la prevalencia de depresión en alumnos de diferentes cursos es en los primeros meses y en los primeros dos años de residencia (10,30). Por lo que se sería de gran utilidad poder evaluar el autoconcepto de los residentes de pediatría en varias ocasiones durante el año para poder detectar si se presentan variaciones durante el mismo, así como los momentos de mayor riesgo.

Definitivamente se encontró en el análisis de los dibujos, que existe una evolución a lo largo de la especialización, ya que los alumnos de primer grado manifestaron mayores datos de inseguridad y dependencia, los de segundo y tercer años tuvieron datos francos de ansiedad e insatisfacción, y un alto grado de locus de control externo, y los de cuarto grado inseguridad, narcisismo y conflicto con la autoridad. Estos datos se explican por el modelo educativo de los residentes, en el que rotan por hospitales de segundo nivel de atención durante el primer año, sin convivencia con residentes de otros grados, a cargo de médicos pediatras, y en ocasiones sin una idea clara de lo que será su proceso educativo. Durante el segundo año ingresan a hospitales de tercer nivel de atención, en donde la gran variedad y complejidad de padecimientos, así como la carga asistencial y académica repercuten en el autoconcepto del residente. Durante el tercer grado se adquiere un poco de más responsabilidad en el manejo de los pacientes, lo que necesariamente provoca ansiedad, y por último, el residente de cuarto grado experimenta la adquisición de la responsabilidad del manejo del paciente pediátrico, principalmente durante su rotación de campo, lo que repercute en su autoimagen, por un lado con algo de inseguridad al dudar de su capacidad como pediatra, y por otro con el sentimiento encontrado de "si puedo" y "nadie me tiene que decir como hacer las cosas". Estos hallazgos ponen de manifiesto que debe hacerse una revisión profunda del currículo y métodos de enseñanza de las especialidades, ya que provocan depresión, ansiedad y baja autoestima en un gran número de los alumnos, lo cual puede repercutir en la calidad de la atención médica que se otorga.

Además de poder identificar algunos de los aspectos no formales del currículo que afectan la educación médica, el análisis de los dibujos también permitió identificar las formas de adaptación de los alumnos como regresión emocional consistente en aptitudes inmaduras e infantiles, dependencia y sumisión, pasividad y oralidad considerándose este último como el impulso por comer, apropiarse de las cosas y responsabilidades esto se manifiesta al sentir que depende solamente de el funcionamiento de su entorno y el bienestar del paciente, sin considerar que es parte de un equipo de trabajo en donde las responsabilidades se disipan, sobretodo que esta en un proceso de enseñanza aprendizaje, por otro lado permitió también detectar a aquellos alumnos que requieren una evaluación psicológica más profunda y formal.

Por otro lado el análisis del dibujo es subjetivo, pero en este estudio se encontró una buena correlación entre la evaluación objetiva y la subjetiva. Es recomendable que la evaluación del dibujo sea por mas de una persona experta, y siguiendo una guía de

evaluación. Sin embargo, estamos de acuerdo con Mc Kenzie en que es más fácil que el alumno responda a la solicitud de un dibujo que a contestar un cuestionario, ya que puede dar rienda suelta a su creatividad y factores de tipo inconsciente, componentes de su personalidad.

Sin embargo, dadas las características de personalidad de los residentes de pediatría (extrovertidos, socialmente audaces, aptos, resistentes al rigor del trato con la gente y de situaciones iguales, poseen fluidez verbal, son alegres, brillantes, sensibles, participativos, independientes y tienen consentimiento social, son relajados y están satisfechos con ellos mismos, buscan dirigir, planear, ordenar, y cuidar su vida para ser responsables y conscientes de su trabajo (21,22)) habrá que hacer estudios en otras especialidades.

SUGERENCIAS:

1. Hacer una evaluación psicológica al ingreso a la especialidad, iniciando apoyo temprano en aquellos que tengan datos de psicopatología o que se identifiquen con riesgo de desarrollarla.
2. Invitar a aquellos residentes que consideren que requieren ayuda profesional para ser canalizados a otras instituciones del IMSS para apoyo psicológico
3. A aquellos que se identificaron con probable patología se les invitará también a lo mismo
4. Establecimiento de grupos tipo Balint para manejo de aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación médico paciente.
5. Evaluaciones periódicas en aquellos residentes que denoten problemas de perturbaciones emocionales importantes
6. Crear áreas para promover un tiempo fuera que consistiría en juegos de mesa y música para promover la dispersión de los alumnos.
7. Revisar los métodos de enseñanza de las diferentes especialidades de residencia en su currículo no formal que pudieran afectar de forma indirecta en su aspecto emocional al residente.
8. Crear programas para los residentes en donde se incluya estimulación al proyecto de vida

CONCLUSIONES

1. El 100 % de los residentes muestran un autoconcepto bajo según la escala de Tennessee.
2. El 88.6% de los residentes muestra un autoconcepto bajo según el dibujo libre
3. El dibujo libre es una herramienta útil para identificar problemas relacionados con el autoconcepto de las personas, sobre todo para los componentes de autosatisfacción, autocomportamiento, yo físico, yo familiar y yo social.
4. El dibujo libre permitió identificar variables importantes como son: oralidad, depresión, represión, angustia, ansiedad, miedo, estrés, inseguridad, cansancio, insatisfacción, evasión, frustración, irritabilidad, dependencia, y conflicto con la autoridad.
5. Se identificó la carga de trabajo como una variable ambiental frecuente
6. Existen diferencias al analizar los dibujos en forma grupal por grado de residencia.
7. Según la escala de Tennessee el componente menos afectado es el de autosatisfacción y según los dibujos el yo ético moral y el yo personal

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Flores Angeles AR. Autoconcepto. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. UNAM. México 1998.
- ² Luna Ruiz R., Ortiz Galina ME. Análisis comparativo del autoconcepto en jóvenes con éxito y fracaso académico. Tesis UNAM México 1993
- ³ García, Salinas. Características de personalidad y autoconcepto en alumnos reprobados en un colegio de bachilleres. Tesis. UNAM 1987
- ⁴ Zalce Aceves A., La expresión a través de la pintura como medio terapéutico. Tesis para obtener el título de Licenciatura en psicología. UNAM México 1993
- ⁵ Aramburu Oyarbide M., Guerra Plaza J. Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2001; 2 en <http://www.psiquiatria.com>
- ⁶ González Luengo O. Ansiedad y personalidad: un estudio comparativo en universitarios. *Interpsiquis* 2004 en <http://www.psiquiatria.com>
- ⁷ García Gómez A. Panorama de la investigación sobre el autoconcepto en España (1976-1998) en http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/artic_5.htm
- ⁸ García Bacete F.J., Doménech Betoret F. Motivación, aprendizaje y rendimiento escolar. <http://www.reme.uji.es/articulos/pa0001/texto.html>
- ⁹ Linares Insa L., Molpeceres Pastor MA., Musitu Ochoa G. La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia. *An Psicol* 2001; 17 (2): 189-200.
- ¹⁰ Zoccolillo M. Major Depression During Medical Training *JAMA*, 1988; 260:2560-2561
- ¹¹ Morales F. Rodríguez S. Peralta M. Villanueva C. Autoconcepto y características de personalidad: estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y fértiles. *Perinatol Reprod Hum* 1995;9:93-8
- ¹² Aguilar V, Morales F. Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatol Reprod Hum* 1995;9:99-105
- ¹³ Fittz H. W. Tennessee self concept scale; 1995 p1
- ¹⁴ Coles CR, Grant JG. Curriculum evaluation in medical and health care education. *Med Educ* 1985;19:405
- ¹⁵ Sfard A. On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. *Educ Res* 1998;27:4-13
- ¹⁶ McLean M. Henson Q. Hiles L. The possible contribution of student to evaluation in a new problem-based learning medical programme: a pilot study. *Med Educ* 2003; 37:895-906.
- ¹⁷ McKencie J. Sheely S, Trigwell K. Drawing on experience: an holistic approach to student evaluation of courses. *Assess Eval High Educ* 1998; 23:153-63.
- ¹⁸ Van Tilburg. Evaluation with a twist. *F Extension* 1987;(Winter):5-7
- ¹⁹ Thomas G. Jolley R. Drawing conclusions: A re-examination of empirical and conceptual bases for psychological evaluation of children from their drawing. *Br J Clin Psychol* 1998; 37: 127-39.
- ²⁰ Collins F.P. White G.R., Petrie K.F., Willoughby E.W. A structured panel interview and group exercise in the selection of medical students. *Med educ* 1995;29:332-36
- ²¹ Otis G. Weiss J. Patterns of medical career preference. *J med educ* 1973; 48:1116-23
- ²² Gutiérrez L.M. El perfil psicológico del residente en pediatría. Para obtener título de licenciado en psicología. Tesis UNAM 1980
- ²³ Flores P. A. Sepúlveda V. A.C.. Insatisfacción durante la residencia de pediatría, prevalencia y factores asociados. Tesis que para obtener el título de medico pediatra. UNAM. México 2004.
- ²⁴ Siegel S. Medidas de asociación y sus pruebas de significación. En *Estadística no paramétrica aplicadas a las ciencias de la conducta*. Trillas 1995 4ta edición P260.
- ²⁵ Gil D.E. síndrome de Burnout en médicos *Jornadas intramed* 2005 P1-11
- ²⁶ APM, The Well-Being of Physicians *Am J. Med* 2003;114: 513-19
- ²⁷ García A.MG. Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en estudiantes de ciudad universitaria. Tesis que para obtener el título de licenciado en psicología UNAM 1995.
- ²⁸ Malagón G. M. González C. H. Depresión y Ansiedad en médicos residentes de pediatría del HP. CMNS Siglo XXI. Tesis que para obtener el título de medico pediatra. UNAM 2004
- ²⁹ Yogev S. Women physicians during residency years: workload, work satisfaction and self concept. *Soc Sci Med* 1983; 17:837-41.
- ³⁰ Uliana RL Mood changes during the internship. *J Med Educ* 1984;59:118-23

- 31.- Hammer E., "Tests proyectivos gráficos".1986, Paidós, Argentina, Buenos Aires. P 193-198.
- 32.-Casullo M., Cayssials A., "Proyecto de vida y decisión vocacional", 1994, Paidós, Argentina, Buenos Aires, p193-198
- 33.-Casullo M. Evaluación Psicológica en el campo socioeducativo." Defensas en los test Gráficos".1997, Paidos, Argentina, Buenos Aires, p29-40
- 34.-Tuget J. La Pareja. "Identidad y vínculo en el test de las dos personas", 1997, Argentina Buenos Aires, p 67-73.

ANEXO 1
DIBUJO LIBRE

INSTRUCCIONES:

En esta hoja le pedimos que realice un dibujo de cómo se concibe a usted mismo como residente de este hospital. Puede utilizar lápices y colores. Le pedimos dé una breve explicación de sus dibujos. Es una actividad anónima, pero le pedimos llene los siguientes datos. Sea lo más expresivo posible. Gracias

PSEUDÓNIMO: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

GRADO DE RESIDENCIA: _____

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

PSEUDONIMO: _____ EDAD: _____ SEXO F M
GRADO DE RESIDENCIA: _____
FECHA DE APLICACIÓN: _____ HORA INICIADA _____ HORA
DE TERMINACIÓN _____ TIEMPO TOTAL _____

INSTRUCCIONES:

En las hojas siguientes encontraras una serie de afirmaciones en las cuales te describes a ti mismo, tal como tu te vez. Contesta como si tú te estuvieras describiendo a ti mismo y no ante ninguna persona. NO OMITAS NINGUNA RESPUESTA.

Lee cada afirmación cuidadosamente y después escoge una de las 5 respuestas. En la hoja de respuestas ENCIERRA EN UN CIRCULO el número de la respuesta que escogiste, cuidando no equivocarte en el número de la respuesta, ya que el número de las preguntas no van en forma progresiva, si deseas cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borres, escribe una "X" sobre la respuesta marcada, y después marca el círculo en la respuesta que deseas. Escribe solamente en la hoja de respuestas. No rayes las hojas de afirmaciones o preguntas.

SIGNIFICADO DE LAS CINCO OPCIONES:

1. Completamente falso
2. Casi completamente falso
3. Parte falso y parte verdadero
4. Casi totalmente verdadero
5. Totalmente verdadero

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1	2	3	4	5

1.- GOZO DE BUENA SALUD

3.- SOY UNA PERSONA ATRACTIVA

5.- ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA

19.- SOY UNA PERSONA DECENTE

21.- SOY UNA PERSONA HONRADA

23.- SOY UNA PERSONA MALA

37.- SOY UNA PERSONA ALEGRE

39.- SOY UNA PERSONA CALMADA Y TRANQUILA

41.- SOY "UN DON NADIE"

55.- MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUIER COSA

57.- PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ

59.- MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MÍ

73.- SOY UNA PERSONA AMABLE

75.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO

77.- LO QUE HACEN OTRAS GENTES NO ME INTERESA

91.- ALGUNAS VECES DIGO FALSEDADES

93.- EN OCASIONES ME ENOJO

2.- ME AGRADA SIEMPRE ESTAR ARREGLADO Y PULCRO

4.- ESTOY LLENO DE ACHAQUES

6.- SOY UNA PERSONA ENFERMA

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1	2	3	4	5

- 20.- SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA
- 22.- SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL
- 24.- SOY UNA PERSONA MORALMENTE DEBIL
- 38.- TENGO MUCHO DOMINIO SOBRE MI MISMO
- 40.- SOY UNA PERSONA DETESTABLE
- 42.- ME ESTOY VOLVIENDO LOCO (A)
- 56.- SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA
- 58.- MI FAMILIA NO ME QUIERE
- 60.- SIENTO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA
- 74.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO
- 76.- ESTOY DISGUSTADO (A) CON TODO EL MUNDO
- 78.- ES DIFICIL ENTABLAR AMISTAD CONMIGO
- 92.- DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN
MENCIONARSE.
- 94.- ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENTO BIEN, ESTOY DE MAL
HUMOR.
- 7.- NO SOY NI MUY GORDO (A) NI MUY FLACO (A)
- 9.- ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
- 11.- HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN
- 25.- ESTOY SATISFECHO CON MI CONDUCTA MORAL
- 27.- ESTOY SATISFECHO (A) DE MIS RELACIONES CON DIOS

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1	2	3	4	5

- 29.- DEBERIA DE ASISTIR MÁS A MENUDO A LA IGLESIA
- 43.- ESTOY SATISFECHO (A) DE LO QUE SOY
- 45.- MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE
COMO DEBERIA DE SER.
- 47.- ME DESPRECIO A MI MISMO (A)
- 61.- ESTOY SATISFECHO (A) CON MIS RELACIONES FAMILIARES
- 63.- MUESTRO TANTA COMPRENSION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA
- 65.- DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA
- 79.- SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER
- 81.- TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO
- 83.- SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES
- 95.- ALGUNAS DE LAS PERSONAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL
- 97.- DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS
- 8.- NO SOY MUY ALTO (A) NI MUY BAJO (A)
- 10.- ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBIERA
- 12.- DEBERIA DE SER MAS ATRACTIVO (A) PARA CON PERSONAS DEL
SEXO OPUESTO.
- 26.- ESTOY SATISFECHO (A) CON MI VIDA RELIGIOSA
- 28.- QUISIERA SER MAS DIGNO (A) DE CONFIANZA
- 30.- DEBERIA MENTIR MENOS
- 44.- ESTOY SATISFECHO (A) CON MI INTELIGENCIA

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1	2	3	4	5

46.- ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA

48.- QUISIERA NO DARME POR VENCIDO TAN FACILMENTE

62.- TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBIERA (Use tiempo pasado

Si los padres no viven).

64.- ME AFECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA

66.- DEBERIA AMAR MÁS A MIS FAMILIARES

80.- ESTOY SATISFECHO (A) CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE

82.- DEBERIA DE SER MÁS CORTES CON LOS DEMAS

84.- DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS

96.- ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME

98.- ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS

13.- ME CUIDO BIEN FISICAMENTE

15.- TRATO DE SER CUIDADOSO (A) CON MI APARIENCIA

17.- CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE

31.- MI RELIGION ES PARTE DE MI VIDA DIARIA

33.- TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE
NO DEBO.

35.- EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS

49.- PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUIER SITUACIÓN

51.- ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME

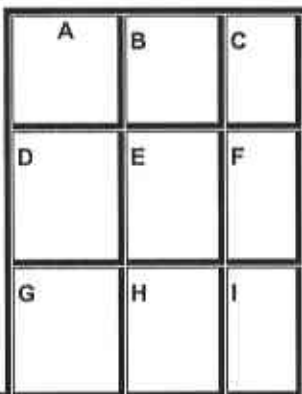
53.- HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1	2	3	4	5

- 67.- TRATO DE SER JUSTO CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES
- 69.- ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA
- 71.- SIEMPRE CEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES
- 85.- TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS
- 87.- ME LLEVO BIEN CON LOS DEMAS
- 89.- ME ES DIFICIL PERDONAR
- 99.- PREFIERO GANAR EN LOS JUEGOS
- 14.- ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 16.- SOY MALO (A) PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS.
- 18.- DUERMO MAL
- 32.- LA MAYORIA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO
- 34.- A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE
- 36.- ME ES DIFICIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA
- 50.- RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD
- 52.- CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINION
- 54.- TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS
- 68.- HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA
- 70.- RIÑO CON MIS FAMILIARES
- 72.- NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE DESEA MI FAMILIA
- 86.- ENCUENTRO BUENAS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE
CONOZCO.
- 88.- ME SIENTO INCOMODO (A) CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS
- 90.- ME CUESTA TRABAJO ENTABLAR CONVERSACION CON EXTRAÑOS
- 100.- EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY.

ITEM No	RESPUESTA	ITEM No	RESPUESTA	ITEM No.	RESPUESTA
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

ANEXO 3
CRITERIOS DE ANALISIS DE LOS DIBUJOS

Indicadores y sus categorías	Definición y Significaciones	Ejemplo
Ubicación del dibujo en la hoja	La hoja se divide en nueve cuadrantes: ABC en la parte superior, A: superior izquierdo (pensamiento circular recurrente hacia el pasado no vive en el presente). B: superior centro (racionalismo ideal de presente, no se compromete con este). C: superior derecho (idealizar el futuro racionalización evade el presente), DEF en el centro D: centro izquierdo (depresión recurrente de aspectos no concluidos). E: centro (personalidad equilibrada) F: centro derecho (optimismo del futuro) Y GHI en la parte inferior, G: inferior izquierdo (depresión) H: inferior centro (depresión). I: inferior derecha (depresión)	 El diagrama muestra una hoja rectangular dividida en una cuadrícula de 3x3. Los cuadrantes están etiquetados como sigue: A (superior izquierdo), B (superior centro), C (superior derecho), D (centro izquierdo), E (centro), F (centro derecho), G (inferior izquierdo), H (inferior centro) e I (inferior derecha).

EMPLAZAMIENTO	El emplazamiento de los dibujos se rige por el siguiente criterio: Los que dibujamos arriba en el mundo de la fantasía. Abajo en la realidad, en lo firme. Hacia la izquierda tenemos tendencia al recuerdo, a lo pasado zona regresiva. La derecha indica el futuro, una mirada al horizonte, al destino. Dibujar en el mismo borde inferior de la hoja indicaría fuertes tendencias depresivas o una excesiva dependencia.	
Alteraciones en la presión sobre el papel:	a) Poca presión: signos de bajada energética tales como una enfermedad orgánica y/o una depresión. b) presión adecuada: energía bien canalizada b) Mucha presión: fuerza vital, si es excesiva el sujeto está cargado de agresividad o en una gran tensión.	a) b)

Variaciones en el trazo:	a) Líneas rectas: autoafirmación, más característico de lo masculino. b) Líneas curvas: emotividad, femineidad, dependencia. c) Líneas carentes de ritmo: distanciamiento de la realidad, esquizoide, confusión mental. d) Líneas fluidas: normalidad. e) Líneas rígidas: obsesividad, neurosis.	a) b) c)
---------------------------------	---	--

Tamaño del dibujo

f) Líneas simétricas y perfeccionistas: obsesividad, represión, excesiva intelectualización, defensa del descontrol emocional o de la depresión.

Indica el nivel de autoestima del sujeto, la capacidad autoexpresiva.

a) Tamaño grande: agresividad y asertividad. Puede significar también mecanismos sobrecompensadores de la inhibición y de la baja autoestima.

b) Tamaño pequeño: son indicativos de un sujeto inhibido por su nivel de ansiedad o por las presiones ambientales.

c) Tamaño normal ocupa un cuartil, y un tercio de los otros, son sujetos estables.

d)

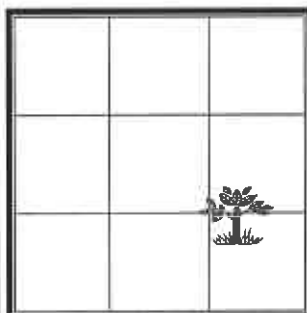
e)

f)

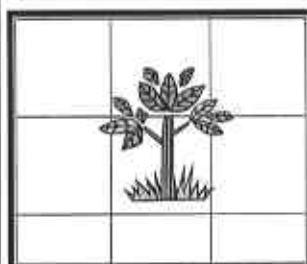
A)



b)



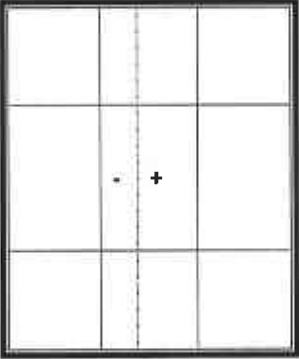
c)



**DETECTA EL
CONFLICTO?**

- a) La ausencia o presencia excesivamente remarcada de un elemento esencial: el tema resulta ansiógeno para el sujeto.
- b) Amurallamiento o excesivo remarcado de un elemento esencial: el sujeto ha reprimido el conflicto o intenta con todas sus defensas obsesivas anularlo cuando emerge incontinente.
- c) Transparencias ilógicas en un área opaca: el sujeto es inmaduro, está en la primera infancia, o tiene una falta de noción del principio de realidad y de adaptación en esa área como por ejemplo: paredes y raíces translúcidas o genitales exhibidos.
- d) Desorganización y desequilibrio espacial de los elementos: el sujeto padece una desorganización ideativa y/o un problema de desestructuración espacial.
- e) Borrado anulador compulsivo de un elemento: el sujeto se halla muy angustiado en torno a lo que representa este elemento y usa mecanismos fóbico obsesivos para anularlo, como por ejemplo conflictos con el contacto afectivo, también con la

	masturbación	
Tonos	Si se rellenan detalles como el cabello, los zapatos o cualquier parte del cuerpo representan Regresión.	

Colores	Positivo ubicado a la derecha: Calidez, vitalidad, excitación. Negativo ubicado a la izquierda: Cólera, agresividad.	
AMARILLO.	Positivo ubicado a la derecha: Luz, alegría, inteligencia emocional. Negativo ubicado a la izquierda: Angustia, miedo	
AZUL CLARO	Positivo ubicado a la derecha: Protección, calma, pureza. Negativo ubicado a la izquierda: Solamente si lo oscurecen Miedo, tristeza.	
VERDE	Positivo ubicado a la derecha: Vitalidad, fuerza, salud. Negativo ubicado a la izquierda: Pasividad, indiferencia.	
NARANJA	Positivo ubicado a la derecha: Estimulante para el trabajo, Recuperación, unión. Negativo ubicado a la izquierda: Dificultad para relacionarse, bajas defensas	

ROSA

Positivo ubicado a la derecha:
Ternura, espontaneidad, atenúa
la agresividad.

Negativo: Ubicado a la
izquierda: regresión, control y
fantasías.

VIOLETA

Positivo ubicado a la derecha:
Espiritualidad, aceptación de la
enfermedad

Negativo ubicado a la
izquierda: Sacrificio,
insatisfacción, no estar de
acuerdo con la enfermedad

(31,32,33,34)

Anexo 4. Resultados de la Escala de Tennessee
PERFIL DE AUTOCONCEPTO DE RESIDENTES EN PEDIATRIA

Instrumento utilizado: ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE (Versión Mexicana Estandarizada).

PERFIL GENERAL.-

SUBESCALAS	PUNT. CRUDA	PUNT. ESTANDAR
Autoconcepto General	279	30
Columna A	84	14
Columna B	102	46
Columna C	92	31
Columna D	58	35
Columna E	55	32
Hilera 1	52	27
Hilera 2	58	39
Hilera 3	55	38