

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA INFLUENCIA DEL PREJUICIO Y LA FRUSTACION
EN LA ACTITUD DEL MEDICO INSTITUCIONAL

Estudio realizado en la Dirección General de Salubridad
de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el Distrito
Federal.

TESIS QUE PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGIA PRESENTA:

MARIA MAGDALENA FONTECILLA Y MONTERO

México, D.F., 1974.

T E S I S P R O F E S I O N A L



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Al pasado, si bien lleno de tropiezos,

gérmen también del futuro.

A mis padres

Magdalena

y

José

A mis hermanos

José Alfredo

Mónica Graciela

Norma Patricia

y

María del Rocío

A Gabriel

A mis amigos

y

A María Luisa

Al C. Vicealmirante C.G.DEMN Miguel Angel Gomez Ortega.

Al Sr. Dr. Sergio Altamirano Morales.

Al Sr. Dr. Juan Homero Hernández Illescas.

I N T R O D U C C I O N.

¿ Quieres ser médico, hijo mío?
Aspiración es ésta de una alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia.

¿ Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida?
Tendrás que renunciar a la vida privada; mientras que la mayoría - de los ciudadanos pueden, terminada su tarea, aislarse lejos de -- los inoportunos, tu puerta quedará siempre abierta a todos; a toda hora del día o de la noche vendrán a turbar tu descanso, tus place res, tu meditación; ya no tendrás horas que dedicar a la familia, a la amistad o al estudio; ya no te pertenecerás!

Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos te tratarán como a un esclavo - encargado de remediar sus excesos; sea porque tengan una indigestión sea porque estén acatarrados; harán que te despierten a toda prisa - tan pronto como sientan la menor inquietud, pues estiman en muchísimo su persona.

Habrás de mostrar interés por los detalles más vulgares - de su existencia, decidir si han de comer ternera o cordero, si han de andar de tal o cual modo cuando se pasean. No podrás ir al teatro ausentarte de la ciudad, ni estar enfermo, tendrás que estar siempre listo para acudir tan pronto como te llame tu amo.

¿ Eras severo en la elección de tus amigos, buscabas la - sociedad de los hombres de talento, de artistas, de almas delicadas? en adelante no podrás desechar a los fastidiosos, a los escasos de - inteligencia, a los despreciables. El malhechor tendrá tanto derecho a tu asistencia como el hombre honrado. Prolongarás vidas nefastas y el secreto de tú profesión te prohibirá impedir crímenes de los que serás testigo.

¿ Tienes fé en tu trabajo para conquistarte una reputación? Ten presente que te juzgarán, no por tu ciencia, sino por las casualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu ca sa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las - charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá que desconfiarán de - tí si no gastas barba, otros si no vienes de Asia; otros, si crees en los dioses; otros, si no crees en ellos.

¿ Te gusta la sencillez? habrás de adoptar la actitud de un augur. Eres activo, sabes lo que vale el tiempo: No habrás de manifes- tar fastidio ni impaciencia; tendrás que soportar relatos que arranquen del principio de los tiempos para explicarte un cólico; ociosos, te -- consultarán por el solo placer de charlar. Serás el vertero de sus dis gustos, de sus nimias vanidades.

¿ Sientes pasión por la verdad ? ya no podrás decirla. Tendrás que ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros, su insignifi- cancia, pues les molestaría. Habrás que ocultar secretos que posees, - consentir en parecer burlado, ignorante, cómplice.

Aunque la Medicina es una ciencia oscura, a quienes los es- fuerzos de sus fieles van iluminando de siglo en siglo, no te será per- mitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito. Si no afirmas que- conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infali- ble para curarla, el vulgo irá a charlatanes que venden la mentira que necesitan.

No cuentes con agradecimiento; cuando el enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro, te trata como a un Dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas, y cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra.

Cuanto más egoístas son los hombres, más solicitud exigen de parte del médico. Cuanto más codiciosos ellos, más desinteresado ha de ser él, y los mismos que se burlan de los dioses le confieren el sacerdocio para interesarlo al culto de su sacra persona. La ciudad confía en él para que remedie los daños que ella causa. No cuentes conque ese oficio tan penoso te haga rico; te lo he dicho, es un sacerdocio, y no sería decente que produjera ganancias como las que tiene un aceitero o el que vende lana.

Te compadezco si tienes afán por la belleza: verás lo más feo y repugnante que hay en la especie humana, todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de miserias viviendas, los perfumes hartos de los bidos de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, fijar tu mirada y tu olfato en inmundicias, meter el dedo en muchos sitios.

Cuántas veces, un día hermoso, lleno de sol y perfumado, o bien al salir del teatro, de una pieza de Sófocles, te llamarán para un hombre que, molestado por dolores de vientre, pondrá ante tus ojos un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecho: "gracias a que he tenido la preocupación de no tirarlo". Recuerda entonces, que habrás de parecer que te interesa mucho aquella deyección.

Hasta la belleza misma de las mujeres, consuelo del hombre, se desvanecerá para ti. Las verás por la mañana, desgredadas, desencajadas, desprovistas de sus bellos colores y olvidando sobre los muebles parte de sus atractivos. Cesarán de ser diosas para convertirse en pobres seres afligidos de miseria sin gracia. Sentirás por ellas más compasión que deseos. Cuántas veces te asustarás al ver un cocodrilo adormecido en el fondo de la fuente de los placeres.

Tu vida transcurrirá como a la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas, entre los duelos y la hipocrecía que calcula a la cabecera de los agonizantes: la raza humana es un Prometeo desgarrado por los buitres.

Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo.

Únicamente la conciencia de aliviar males, podrá sostenerte en tus fatigas. Piensa mientras estás a tiempo; pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres de la juventud; si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas bien pagado con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, o con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ansias conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino:

¡ Hazte Médico, hijo mío !

Esculapio, ya Dios de la medicina, hijo de Apolo y de Coronis, venerado por los griegos con el nombre de Asclepio, ya hombre, educado por el centauro Quirón, quién le enseñó las sustancias que poseen virtudes curativas, antes de ser fulminado por Zeus por haber resucitado a Hipólito, legó a la humanidad estos Consejos, tan frescos, tan vigentes ahora como entonces, tanto en la antigüedad precristiana, como en esta era de la tecnocracia, en los que se plasma con inmensa sabiduría, la grandeza y la miseria de las relaciones entre dos hombres, uno, víctima de la enfermedad y con necesidad de ayuda, y otro, dispuesto a darla.

Pero en ellos se advierten todas las vicisitudes y avatares que ha de soportar el médico, todas las limitaciones y precipicios que acechan en su vida. ¿ Tienen todos una " alma estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones " o por el contrario, dolidos por las condiciones actuales en que desempeñan su labor, lo hacen llenos de desinterés, sin afecto, sin entusiasmo?

Este ensayo no pretende resolver íntegra y pormenorizadamente tal problema. Se circunscribe tan sólo a un pequeño núcleo de médicos que trabajan en la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Ignoro cuál sea su alcance y su fortuna. Mas no puedo dejar de expresar un temor y un deseo. Engendran mi temor las ineludibles deficiencias de todo aquel que se inicia. Mi deseo, es que incite a los que se preocupan por los problemas de México, a pensar con seriedad intelectual acerca de las complejas relaciones que de hecho existen entre el médico y el paciente en nuestra medicina institucional.

LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

I. -

ASPECTOS HISTORICOS.

El hombre no es sólo naturaleza,
sino también historia.

Wilhelm Dilthey

LA CONCEPCION ARCAICA DE LA ENFERMEDAD.

Llámase Medicina al arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo. La acción curativa del médico se halla orientada, ante todo, por la realidad misma del ser sobre el que recae, es decir, por la condición personal de la enfermedad y del enfermo. Cuenta Siebeck que Von Leyden solía decir a sus alumnos: "El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al paciente". Desde la prehistoria, el tratamiento ha sido y ha tendido que ser siempre, de un modo u otro, psicosomático. Así lo impone la condición natural y personal del ser humano.

No puede decirse lo mismo de la Patología, entendida como el saber científico acerca de la enfermedad. La estructura y el contenido del saber patológico se hallan determinados por dos principios rectores: el enfermo y la situación intelectual del patólogo. Hay situaciones intelectuales en que la influencia del punto de vista prevalece sobre la realidad clínica. Así ha sido posible la edificación de una Patología "científico-natural", ciega para descubrir la condición personal, humana, del paciente. Los enfermos han sido siempre los mismos: hombres enfermos, seres íntimos y corporales, cuya vida está sufriendo una perturbación. Pero el médico, relativamente libre también, en cuanto hombre, para elegir los puntos de vista de sus interpretaciones, se ha empeñado a veces en concebir científicamente la realidad de sus pacientes mirándolos solo según la condición corpórea. En esos momentos, la Patología ha dejado de ser psicosomática o lo ha sido de un modo muy precario y torcido.

Sin embargo, la actitud médica y la actitud patológica no son real y absolutamente deslindables. La ayuda médica tiene su fuero

propio, pero nunca puede ser independiente de una idea acerca del -
enfermar del hombre que con ella se atiende. La explicación científica de la enfermedad ha podido ser, a veces, construída muy arbitrariamente, pero nunca hasta el extremo de quedar desconectada por completo de la experiencia vital que otorga al médico la práctica del tratamiento.

La intención terapéutica o de ayuda y la intención patológica o de explicación pueden tender, según las situaciones y los médicos, hacia metas muy distintas entre sí. Caben señalar tres, al menos, para cada una de ellas.

La intención curativa primaria del médico puede proponerse:

- a. Que el enfermo no perciba su enfermedad.
- b. Que el enfermo llegue a ser socialmente útil.
- c. Que en la realidad del enfermo desaparezca todo signo objetivo de anomalía morbosa.

En la intención patológica o explicativa, la idea médica de la enfermedad puede ser adquirida:

- a. Según lo que la enfermedad hace en el sujeto que la padece. Se procede, en tal caso, con un criterio funcional u operativo, fuente de la disciplina que los médicos llaman semiología. El signo clínico (sêmeion) no es, en efecto, sino la expresión visible de lo que la enfermedad hace en el cuerpo y en la vida del paciente.
- b. Según la presunta causa del estado morboso. Ahora, el criterio es causal y la disciplina científica que nace de él, recibe el nombre de etiología (de aitia, causa).
- c. Según lo que la enfermedad "es", ya sea en sí misma, ya en cuanto estado del hombre. Rige ahora un criterio entitativo y a la doctrina edificada sobre él, se le llama nosología (de nōsos, el estado de enfermedad, el estar enfermo), (gnoscere = conocer.)

Estos tres modos de considerar el tratamiento (el subjetivo,

el sociológico y el objetivo) y éstos tres de entender la enfermedad (el semiológico, el etiológico y el nosológico) pueden darse, juntos o separados, en todas las situaciones históricas. Varían tan solo la índole y la eficacia del modus operandi, en el caso de la acción curativa y la índole y la verdad del modus sciendi, en el caso del saber patológico.

I. LA ENFERMEDAD EN LA "CULTURA PRIMITIVA SUPERIOR".

La concepción arcaica de la enfermedad es la que prevalece - en ese conjunto de culturas que los etnólogos propusieron denominar "cultura primitiva superior". Esta se constituyó por fusión e integración de los tres "tipos o formas" cardinales de la cultura primitiva: la forma mágica y empirista de los pueblos cazadores y colectores, la forma animista de los pueblos agricultores y matriarcales y la forma personalista de los pueblos patriarcales y ganaderos. La cultura primitiva superior comprende el antiguo Egipto, Mesopotamia, India y China. La cultura helénica sería la más alta y tardía.

Las características antropológicas de la cultura primitiva superior son:

1.- Se desarrolla la individualidad humana de un modo notable: la vida humana se destaca con creciente vigor sobre el fondo de la comunidad a que pertenece. Cobran relieve singular los hombres superiores. Es la época de los héroes y los dioses y aparecen los tipos más extremados de la existencia independiente: el aventurero, el "caballero andante" que hace su vida pasando de una tribu a otra.

2.- Se hace más compleja la vida moral. Como consecuencia de la fusión de distintos tipos de cultura, surgen discrepancias entre la moral consuetudinaria y el derecho, entre la costumbre tradicional y las ordenaciones de un Estado rudimentario.

3.- Es reconocida la dignidad y la eficacia del pensamiento. La reflexión individual acerca de lo que se va hacer, empieza a cobrar importancia social.

4.- Se intensifican y esclarecen considerablemente el sentimiento y la noción de culpabilidad. Se tiende a ver en la trasgresión de la "ley moral", la causa o el motivo de todo lo malo y doloroso que sucede en la vida del hombre y por lo tanto, en la enfermedad. Para todos los pueblos que integran la cultura primitiva superior, la enfermedad es un castigo que el hombre enfermo ha recibido de los dioses por haber violado la ley moral de un modo conciente o inconciente. La culpabilidad individual es la causa de todas las imperfecciones del hombre. Así tratan de explicarse la ineficacia de los ritos mágicos. Por sí mismos, éstos podrían ser eficaces; pero si quién los practica se ha hecho culpable de algo y ha caído en impureza, pierden su "fuerza operativa" y no llegan a obligar a los dioses. De ahí que el hombre busque su perfección, su salud y hasta su eficacia por el camino de la purificación. La catarsis, la mortificación y el sacrificio adquieren una importancia básica en la vida moral y en la vida médica. El hombre comienza a sentir muy agudamente el sentimiento de su responsabilidad personal.

Existe un íntima diferencia entre las culturas semíticas primitivas y las indoeuropeas. El punto de partida es una concepción casi común de la divinidad. Tanto los semitas como los indoeuropeos comienzan interpretando las realidades y los movimientos de la naturaleza visible (el viento, el fuego, el mar, los astros) desde el punto de vista de su relación inmediata con el poder divino. Pero es perceptible una sutil diferencia. El semita tiende a concebir los seres y las fuerzas de la naturaleza como una teofanía: algo por lo cual la divinidad se hace patente. El indoeuropeo, en cambio, prefiere a considerarlos como una realización de la divinidad: algo en que ésta se hace corpórea. Esta diferencia, mínima al comienzo, se va haciendo cada vez más estensible. La religión y toda la cultura de los pueblos semíticos mostrarán una orientación resueltamente personalista y ética. Dios es *elohim*, " el Señor". La literatura primitiva es, sobre todo, religiosa; y la actitud primaria del hombre ante la divinidad, la pura adoración.

Los pueblos indoeuropeos, en cambio, irán orientándose hacia una visión del mundo más naturista o física. La palabra que nombra a la divinidad viene ahora dheiw, "el cielo brillante", y las relaciones entre los dioses son genéticas y familiares. Se observa una clara tendencia a mezclar en los relatos de acontecimientos profanos (guerras, emigraciones) la vida de los dioses; así aparecen éstos en las más diversas epopeyas indoeuropeas (Mahabhrata, Ramayana, poemas homéricos, etc.)

II.- LA ENFERMEDAD EN LA "CULTURA ASIRIO BABILONICA".

El enfermo de Assur pensaba que su dolencia era siempre - un castigo de los dioses. Pero esta concepción no era privativa del asirio.- Así pensaron todos los pueblos integrantes de la cultura primitiva superior. Lo propio y característico del semita antiguo - fué su interpretación del castigo en que la enfermedad consiste; es decir, su actitud nosológica. Además de provenir de un castigo, la enfermedad era primariamente un pecado, una impureza moral. Admitía el asirio la libertad del hombre, pero esa libertad íntima se halla ba relegada a la divinidad por una densa y compleja malla de obligaciones morales. El hombre existía para los dioses, era un servidor de la divinidad.

Los asirios y babilonios designaron con la palabra shêrtu un complejo semántico que comprendía varias ideas: shertu significaba a la vez pecado, impureza moral, cólera de los dioses, castigo, enfermedad. La enfermedad era, primariamente, shêrtu: un impureza moral que impedía al paciente participar en las ceremonias religiosas públicas, Se veía al enfermo algo así como un excomulgado más o menos voluntario y el síntoma corporal, fiebre, úlcera o parálisis la expresión visible de la impureza moral primaria. Todos los dioses podían infligir a los hombres el castigo de la enfermedad: Shamash, Damu, Mardukm Ea, Nin-Azu (Señor ó Señora de la Medicina) y Ninka

rrak, diosa por excelencia de la vida médica.

Los modos efectivos de esa punición patógena-los " mecanismos de castigo"- podrían ser fundamentalmente tres: una acción directa del dios enojado, un apartamiento de la divinidad (los dioses se separan del hombre y lo dejan abandonado a sus propias fuerzas, con lo cual viene a ser presa de los espíritus malignos que lo rondan constantemente) y un encantamiento por obra de cualquier hechicero, como consecuencia del pecado. De ahí el sentido y la estructura de la medicina, asiria y babilonia.

Ante un enfermo, la primera providencia era la práctica ritual de algo muy parecido al llamado " exámen de conciencia". Se sometía al enfermo a un interrogatorio. Monótono, el sacerdote investigaba los más sutiles repliegues de su conciencia y conducta. El resultado de la inquisición podría ser positivo o negativo. Si resultaba positivo, si el enfermo se confesaba culpable de algún delito moral, quedaba patente la causa inmediata de su dolencia y se procedía a las ceremonias expiatorias; el exorcismo, la ofrenda, la plegaria y el sacrificio ritual. Pero la negatividad del interrogatorio, si el enfermo, no obstante su buena voluntad no llegaba a descubrir la menor falta en su conducta y en su pensamiento, dió lugar a un rito, una adivinación del espíritu y un conato de interpretación. Ese rito fué la adivinación conforme a uno o a varios de sus múltiples procedimientos: hepatoscopia, oniromancia, empiromancia, astrología, etc. El baru o sacerdote obtenía así el " diagnóstico y el pronóstico " de la enfermedad, para emplear los términos actuales.

El antiguo asirio pensó que el hombre es capaz de caer - en pecado sin quererlo ni advertirlo; lo que pasa por acción loable o indiferente a los ojos humanos, puede tener un reverso criminoso a los ojos de la divinidad. La víspera de las grandes fiestas, el clero celebraba una gran ceremonia expiatoria, para redimirse anticipadamente de las infracciones del rito que sin voluntad ni adver-

tencia fuesen cometidas al día siguiente.

Destáquese como esencial, esa interpretación de la enfermedad como impureza moral o " pecado ".

III.- LA ENFERMEDAD EN LA "GRECIA DE LA EPOCA ARCAICA".

a. La etiología. La primera causa era casi siempre un castigo de los dioses. Apolo lanza la peste sobre los aqueos. Los Cíclopes hablan a Polifemo de la " enfermedad " que envía el gran Zeus; la presunta enfermedad tiene que ser de origen divino pues no existe como causa próxima una violencia corporal visible.

En lo que se refiere a la etiología de las dolencias internas, la semejanza entre la interpretación homérica y la asiriobabilónica es indudable: la enfermedad es un castigo que la divinidad ha impuesto al hombre por haber transgredido la ley moral. Existen dos pequeñas diferencias: una, es la actitud menos rendida, menos temerosa del hombre frente al castigo del cual procede la enfermedad y otra, una distinción entre dos modos de enfermar etiológicamente distintos y hasta opuestos. Contrapone Homero las enfermedades producidas por una violencia corporal visible, evitables por naturaleza y las que nacen estando el hombre solo, enviadas por Zeus y humanamente inevitables.

b. El diagnóstico. El Diagnóstico etiológico o causal de la enfermedad se asemeja en las actitudes homérica y asiria. El adivino debe manifestar a los hombres cual es la trasgresión moral cuyo castigo es la peste. No se recurre de inmediato al interrogatorio ritual del enfermo, como en Asiria, sino al oráculo.

c. La patogenia. Para los asirios, la causa próxima de la enfermedad es un pecado, una impureza moral. Para los griegos homéricos, esa causa próxima son dos realidades: las flechas que dispara Apolo (un objeto corpóreo, físico) y la impureza, también corporal y física - que resulta de la penetración de esas flechas.

Para el asirio, el síntoma corporal sería la consecuencia secundaria o mediata de la impureza primaria; para el griego, los síntomas visibles son la manifestación primaria e inmediata del castigo divino. En la mente del asirio, la punición consiste, ante todo en la impureza moral; en la mente del griego, el castigo impuesto por Apolo consiste en el síntoma corporal, interpretado como impureza física.

d. El tratamiento. En la medicina asiria, el tratamiento causal estaba constituido primariamente por el exorcismo, la plegaria, la ofrenda y el sacrificio; es un tratamiento penitencial. En el tratamiento homérico también hay sacrificios rituales y plegarias, pero lo decisivo, lo resolutorio, es el baño lustral prescrito por Agamemón.

Dos mundos distintos y dos concepciones distintas de la enfermedad. Para el semita antiguo, la enfermedad es un pecado, una impureza moral. Para el griego homérico, la enfermedad es una mancha material, una impureza física.

EL NATURALISMO GRIEGO.

I. LA MEDICINA FISIOLÓGICA.

Alcmeón de Crotona, en Sicilia, hacia el año 500 antes de J.C., expone la primera explicación científica y natural de lo que es en sí misma la enfermedad humana. " Afirma Alcmeón-dice el fragmento de Aecioque la salud es sostenida por el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce, y las demás. El predominio de una de ellas es causa de enfermedad. Pues el predominio de una de las dos es pernicioso. La enfermedad sobreviene a consecuencia de un exceso de calor o frío, por lo que a su causa atañe y en lo que concierne a su motivo, a consecuencia de exceso o defecto de alimentación; pero en lo que atañe al dónde, tiene su sede en la sangre, o en la médula o en el encéfalo. A -

veces se originan enfermedades por obra de causas externas: a consecuencia de la peculiaridad del agua o de la comarca, o por esfuerzos excesivos, violencias o causas análogas. La salud, por el contrario, consiste en la bien proporcionada mezcla de las cualidades".

Este texto es la piedra fundamental de la patología naturalista de Occidente. La etiología, la semiología y la nosología son estrictamente consideradas desde el punto de vista de la pura naturaleza del hombre enfermo. Cien años más tarde, los escritos del *Corpus Hippocraticum* dan vigencia a esta concepción naturalista y somática de la enfermedad y del tratamiento.

Los médicos del siglo V, desde Alcmeón a Hipócrates, ven la causa próxima de todas las enfermedades, en un desorden de la *physis* universal. El castigo de los dioses se ha convertido en desorden de la divina naturaleza y el agente físico de la enfermedad se trueca en materia pecante. Cambia la acción terapéutica: el tratamiento se hará régimen de la naturaleza individual del enfermo, capaz de devolver su armonía física perdida y la *kátharsis*, perderá rápidamente su significación lustral y ética primitiva para convertirse en exoneración de la materia morbosa.

II. LA MEDICINA NO FISIOLÓGICA O CREENCIAL.

Junto a la medicina oficial o hipocrática, había en Grecia otra, más o menos fiel a las concepciones y prácticas arcaicas: origen divino de la enfermedad, sueño en el templo, ritos catárticos de intención lustral.

Las formas principales de esta medicina no fisiológica -- eran:

la. Las curaciones obtenidas a favor del "endiosamiento" en los cultos orgiásticos a Dionysos. No tenían las fiestas dionisiacas una intención medicinal pero no pocos asistían a ellas con la esperanza de que el rito orgiástico y la "sagrada locura" que producía en los participantes, traerían curación a sus dolencias.

2a. Los conjuros terapéuticos, bien, por imposición de manos, bien mediante la elocución de ciertas palabras rituales. Esta medicina está edificada sobre la creencia común del enfermo y del médico en el poder curativo del ensalmo.

3a. La mántica, la llamada inductiva o artificiosa, la que procede interpretando señales que el adivino percibe en el mundo exterior.

4a. La catarsis. La forma primitiva de ésta, llena de significación religiosa y ética, se convierte progresivamente en la catarsis puramente natural y exonerativa de los escritos hipocráticos. Pero sin excluir la supervivencia de la primera, de la cual perdura en el siglo V su sentido medicinal.

En la historia de la catarsis griega, en un momento impreciso, las palabras del purificador o del médico comienzan a tener por sí mismas un valor catártico. Los ensalmos, bellos discursos (lógi - kalof) palabras adecuadas y hermosas, son capaces de poner sophrosyne (serenidad, templanza) en el alma del enfermo y así es como éste puede quedar " limpio del alma".

5a Incubación o sueño en el templo. Comprende el culto a Asclepio o Esculapio y la práctica del rito incubatorio. En el año 388 A.C. perduraba en Atenas la creencia popular de esta ceremonia terapéutica.

Estas cinco formas principales de la medicina no fisiológica se hallaron conectadas estrechamente entre sí y tomadas en conjunto, suponían una misma concepción de la enfermedad humana.

Fuese fisiológica o creencial, la medicina griega no dejó de ser fiel al naturalismo radical de la mentalidad helénica. Ni siquiera en los ritos más alejados de la medicina fisiológica, vieron los griegos algo que pudiera llamarse espiritual: en Cos o en Epidauro, el hombre era entendido según su pura naturaleza, no según lo que pudiera llamarse su persona. Las propiedades en que expresa la condición moral del ser humano-su intimidad, su libertad, su responsabilidad moral-fueron consideradas solo física y hasta sólo somáticamente, por

todos los patólogos y terapeutas griegos y más aún cuando fué prevaleciendo el naturalismo fisiológico o científico en Medicina sobre el naturalismo creencial. A pesar del astillamiento del hipocratismo en escuelas unilaterales-dogmáticos, empíricos, metódicos, neumáticos y la penetración creciente de los cultos orientales en Grecia desde las campañas de Alejandro. Otros dos siglos más tarde, con la obra de Galeno, quedó asegurado el triunfo del naturalismo médico.

LA OBRA DE GALENO.

Esta fué rigurosamente fiel al punto de vista de la nosología hipocrática. Su nosología puede ser definida como el resultado de la elaboración de la vieja y todavía imprecisa visión hipocrática de la enfermedad, mediante los recursos intelectuales de un pensamiento a la vez platónico, aristotélico y estoico. Sus concepciones fisiológicas y patológicas fundamentales son las mismas del Corpus Hippocraticum.

La enfermedad es para Galeno una disposición preternatural del cuerpo, por la cual padecen inmediatamente las funciones vitales.

La enfermedad de un hombre es siempre un estado de su cuerpo: fuera del cuerpo enfermo-en el medio exterior o en el alma-puede haber causas de enfermedad, más no enfermedad propiamente dicha. Y así, una de las posibles causas procatarticas, externas o primitivas de la etiopatogenia galénica se halla constituida por los efectos del alma.

En los escritos de Galeno, "quod animi mores corporis temperamenta sequantur," se esfuerza por mostrar cómo las costumbres del alma dependen, sobre todo, de la "crasis" del cuerpo, de su contextura humoral;"de propriorum animi cuiusdam affectuum dignotione et curatione," en el cual son estudiados el diagnóstico y el tratamiento de los diversos afectos del alma: la ira, el miedo, el desorden de los instintos; y "de cuiuslibet animi peccatorum dignotione et medela", - consagrado al conocimiento y la curación de los "pecados" del alma.

Para Galeno, toda la vida moral es de incumbencia del médico, y el pecado un desorden del alma humana. La intimidad, la libertad y la responsabilidad humanas son tema de la fisiología o "ciencia de la naturaleza" y sus perturbaciones, tanto las pasivas como las pecaminosas, objeto de la reflexión y de la operación del médico "fisiólogo".

Existe una rigurosa simetría entre Galeno y los médicos - asirios de los siglos VIII y VII A.C. Para el asirio, el enfermo es - ante todo, un pecador; para Galeno, el pecador es, ante todo, un enfermo.

Galeno no fué solo el médico que llevó a la medicina griega hasta su ápice, sino también el maestro de toda la Cristianidad -- antigua y medieval. Hacia el año 200, un grupo de cristianos cultivaba la filosofía aristotélica, la geometría de Euclides y la ciencia - natural y Galeno era venerado por algunos de ellos, lo que determinó su excomunión.

LA ENFERMEDAD EN EL ASPECTO BIBLICO.

Las alusiones a la enfermedad humana y a la medicina en los textos del nuevo Testamento son muy copiosas, referencias que pueden ser metafóricas (presentando la fidelidad a Cristo como verdadero - camino para la salud del hombre); directas (la situación efectiva y la actitud personal de Jesús y los Apóstoles entre las enfermedades reales más diversas) y normativas (concernientes a los deberes del cristianismo respecto al prójimo enfermo).

Cristo se presenta a sí mismo como médico y metafóricamente llama al pecado " enfermedad del alma". La expresión " Cristo nuestro médico " aparece con frecuencia en los textos de los primitivos - escritores cristianos.* Como consecuencia, aparece la polémica entre - los apologistas cristianos y los escritores paganos de quién es el - que en verdad sana a los hombres, si Cristo o Asclepio; la consideración pagana del Cristianismo como una religión " para enfermos" y la

consideración de la penitencia desde el punto de vista del tratamiento medicinal.

Perduraba en Israel la concepción arcaica de la enfermedad humana, en la que ésta sería la consecuencia del pecado, pero para Jesús, la enfermedad humana puede no ser consecuencia de un pecado.

Pero también son muy frecuentes las menciones de la existencias de enfermedades por posesión demoníaca. Los evangelistas distinguen entre enfermedades naturales y los estados de posesión demoníaca. Esta no es siempre el castigo de un pecado, ni siempre se manifiesta como enfermedad.

*y en las consulterías y farmacias contemporáneas de gente que gusta aún de mezclar lo técnico con lo taumátúrgico.

El cristianismo elabora una teología de la enfermedad y considera que la naturaleza del hombre fué susceptible de enfermedad por obra del primer pecado.

El hecho de la evidente imperfección del mundo del hombre y en especial las calamidades que previenen de muchas enfermedades, le aclara la doctrina cristiana al decir que el mundo ha sufrido una "caída". Con la violación de un claro mandamiento de Dios por parte de la primera pareja humana vino al mundo el pecado y como su consecuencia, la enfermedad, habiéndose propagado de generación en generación como pecado original. La causa de la enfermedad específicamente humana consiste parcialmente en una culpa que no es transmitida solo por los padres, sino también a través de las generaciones, y que continúa actuando hasta ser extinguida con el sacrificio de la vida de Cristo, redimiéndose así la Humanidad y pudiendo participar así, de nuevo, en la misericordia de Dios. (1)

En el Nuevo Testamento también es evidente esa interpretación de la culpa que está detrás de la enfermedad. Muy a menudo, el Señor relaciona la remisión de los pecados con la curación de los enfermos, aludiendo a su estrecha conexión, pero nunca se habla de culpa personal. Así, la asistencia a los enfermos se convirtió en un deber cristiano. Este hu

biera sido difícil si la interpretación cristiana hubiese sido que detrás de tales enfermedades siempre existe una culpa personal responsable. Es culpa hereditaria por la que no se puede exigir directamente rendición de cuentas, pero en la que se está implicado.

El Nuevo Testamento conoce también la enfermedad aparte de esta culpa hereditaria, como en la curación del ciego de nacimiento, motivo por el cual Jesús rechazó expresamente la culpa personal e la de los padres, así como la presunta de los hijos. O sea, que no toda enfermedad es consecuencia de la culpa hereditaria. (1).

El Cristianismo antiguo adoptó la patología de Galeno, pero no aceptó sus ideas acerca de la originalidad de la materia y la naturaleza y menos aún, sus concepciones fisiológicas del pecado y de la vida moral, pero sí sus doctrinas patológicas y terapéuticas. Es cierto que algunos cristianos- los más antihelénicos, entre ellos, Taciano el Asirio y Tertuliano- llegaron a creer ilícito el uso de medicamentos, como si solo la oración y el ejercicio pudieran precurar la salud. Taciano permitía el empleo de remedios medicamentosos a los paganos, no a los seguidores de Cristo. "La curación con remedios-escribió-precede, en todas sus formas del engaño; pues si alguien es curado por la materia, confiando en ella, tanto más le será abandonándose al poder de Dios... Quien se confía a las propiedades de la materia ¿por qué no ha de confiar en Dios?". En lo que se refiere al tratamiento médico, el cristiano ha recurrido sacramentalmente a la omnipotencia de Dios. Así, desde la época apostólica en el caso de la cura de los enfermos. Ese recurso sobrenatural tuvo dos formas: la oración de los presbíteros y la unción sacerdotal. La eficacia atribuida por el cristianismo a la plegaria y a la unción, ponía éstos dos rites no solo a inmensa distancia de cualquiera de las maniebras mágicas entonces en vigencia, sino en oposición radical con ellas. Así lo sintieron desde el primer momento los cristianos, que nunca dejaron de actuar-natural o sobrenaturalmente- " en el nombre del Señor". En ocasiones, cuando se creía que la enfermedad era debida a posesión demoníaca,

se usó y abusó del ejercicio y se hechó mano de sahumeries y de cintas mágicas (2).

Cierta religiosidad tuvo su expresión en la forma de supersticiones y milagrerías terapéuticas, como ejercicios, reliquias verdaderas o falsas, amuletos, astrología, ceremonias mágicas pseudocristianas, sueño en el templo, etc.

Esta entrega del enfermo a la superstición y la milagrería terapéutica puede ser comprendida, otra vez, como una forma creencial de la actividad curativa, comparable a las prácticas no fisiológicas de la medicina griega.

LA MEDICINA OCCIDENTAL.

Desde el punto de vista de su estructura interna, la medicina "científica" de occidente, ha seguido siendo fiel, en cuanto a su patología, a la consideración de la enfermedad humana según la vertiente física, a excepción de los conatos por salir de ahí hechos - por Paracelso, Van Helmont, etc.

Patólogos tan inminentes, como Sydenham, Boerhaave, Laennec Traube, Frerichs, Charcot, etc., fueron esclavos de una visión somática del hombre y de la enfermedad, y deformaron sin querer la realidad y excluyeron las porciones que no convenían al esquema patológico formado en su mente.

En su Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux (Paris, 1806) Corvisart proclamaba la imperiosa necesidad médica de atender al hombre moral del enfermo y no solo a su hombre physique.

El concepto de neurosis procede del siglo XVIII, concurriendo para ello instancias tales, como el animismo de Stahl, la patología del "tono", de Hoffmann, la doctrina halleriana de la "irritabilidad", el vitalismo de Bordeu y la llamada "neuropatología" de Cullen y Brown, dando como resultado final la Nosographie philosophique de Pinel (paris, 1798).

En la primera mitad del siglo XIX las enfermedades mentales pronto constituyen una disciplina patológica independiente y las enfermedades del sistema nervioso con lesiones anatomopatológicamente perceptibles, la neurología o neuropatología, que comienzan a edificar - - Olivier D'Angers, Romberg, Duchenne de Boulonge, Abercrombie, Türck, Clarke y sus continuadores. Briquet y Charcot emprenden el estudio de la afección histérica; éste delimitó y ordenó el cuadro sintomático de la histeria y sus diversas formas clínicas, en una primera etapa. En un segundo período explicó el mecanismo del fenómeno histérico.

A estos estudios, se enlazaron los de Janet, Breuer y Freud.

Sigmund Freud "descubre" la rigurosa necesidad del diálogo con el enfermo, establece la estimación diagnóstica y terapéutica del componente instintivo de la vida humana, descubre la existencia y la significación que tienen en la vida del hombre los diversos modos de la conciencia psicológica, hace una decisiva aportación al conocimiento cabal de la influencia que la vida anímica ejerce sobre los movimientos del cuerpo y éstos sobre aquella y se preocupó por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo el suceso de la enfermedad. Freud se mantuvo fiel al naturalismo tradicional en Occidente pero la investigación freudiana demostró la existencia de una frecuente, si no constante, relación entre el trastorno físico, psicósomático de la neurosis y los sentimientos de culpabilidad de la persona. Por lo tanto, en el dominio de las neurosis parece quedar demostrada la razón de ser de la nosología semítica antigua. También demostró científicamente la razón, parcial pero muy profunda, de ser de la vieja ceremonia Mesopotámica del interrogatorio ritual.

P. Laín Entralgo considera que: "Gracias a la obra de Freud, la patología de Occidente ha comenzado a ser antropológica. Así, clínica como patológicamente, el enfermo ha llegado a ser considerado como persona". (3)

La actitud "auditiva" y antropológica que en el dominio de las enfermedades puramente neuróticas habían iniciado Freud y posteriormente Adler y Jung, se extendió a las enfermedades orgánicas. Groddeck, (1918), Ferenczi y Deutsch (1922) inician un movimiento para considerar psicoanalíticamente algunas enfermedades orgánicas. Oswald Schwarz (1925) inicia el estudio de las neurosis orgánicas. Von Weizsaecker y sus colaboradores inician la patología biográfica. Dumbar, Alexander, Menninger, Wolf y Grinker en los Estados Unidos y Halliday en Inglaterra dan lugar al nacimiento y auge de una medicina psicosomática. El movimiento psicosomático se inicia en Norteamérica hacia 1934-1935 y cobra amplitud durante la Segunda Guerra Mundial, a partir de la publicación de la revista Psychosomatic Medicine (1939), gracias a la presión de la realidad clínica (incremento estadístico de las enfermedades crónicas y de los trastornos neuróticos); la profunda penetración del psicoanálisis en los Estados Unidos (especialmente después del éxodo de los psicoanalistas europeos en 1933-1936), la constante preocupación de los hombres de ciencia norteamericanos por la expresión somática de las emociones y la orientación conductista de la psicología en Norteamérica.

Por último, aparecen dos nuevos métodos para el estudio de la realidad humana y de ahí, las dos formas principales de la patología psicosomática.

Una, la primera en aparecer, es comprensiva, elaborada según el método de la "comprensión" (Verstehen); por tanto, según la intuición de la realidad correspondiente a tal método. El patólogo se propone comprender el "sentido" de la enfermedad-tanto en cuanto a su génesis como en cuanto a su configuración psicosomática y biográfica-dentro de la existencia humana que la padece. Esta ha sido la orientación de la Patología psicosomática alemana.

Otra, preponderante en los Estados Unidos, es conductista, edificada conforme a los supuestos intelectuales y a los métodos descriptivos y estadísticos del "conductismo" (Behaviorism). El patólogo aspira a determinar la relación entre la conducta biográfica del enfermo (pattern of behavior) y la índole de su enfermedad.

Afirma Von Weizsaecker que en la historia del pensamiento médico contemporáneo deben distinguirse tres estadios: el psicoanálisis, la medicina psicósomática (entendida ésta, etimológicamente, como una medicina de las relaciones entre la vida psíquica y el cuerpo) y la apenas iniciada medicina antropológica, la cual incluye en sí las dos anteriores.

La relación médica entre el terapeuta y el enfermo se halla compleja e inexorablemente vinculada a la situación intelectual, política y económico-social del mundo en que los dos existen. La expresión actual de esa vinculación entre la actitud médica y la situación histórica está determinada por la presión de tres exigencias: la tecnificación, la socialización y la humanización de la Medicina.

LA MEDICINA, EL ENFERMO Y EL MEDICO EN LA NUEVA ESPAÑA.

Cuando los españoles descubren el Anáhuac, la medicina que traen al país los conquistadores tiene todos los elementos que rigen la medicina científica, pero viene sobrecargada de toda la vana tradición galénica y por la herencia religiosa de la Edad Media. Se introduce un concepto trascendental, que las dolencias pueden ser debidas a dos grandes grupos de causas: las naturales y preternaturales. Los médicos coloniales son muchas veces los principales mantenedores de la causalidad mística. Se plantea el diagnóstico entre locura, entidad natural, y maleficio, entidad preternatural. El maleficio es el daño que una persona hace a otra en virtud de pacto expreso y cooperación con el Demonio. La magia, en sus diversas formas, es la técnica usada en el maleficio; quienes sufren el daño se dicen em -

brujados o enhechizados y aquellos que verifican el mal son conocidos por brujos o hechizeros.

Ciertas personas poseen en los ojos una clase de poder - maléfico, que a menudo se considera derivado de un pacto con el Diablo. Esa fuerza mística puede producir enfermedad en los niños y - se le llama mal de ojo, quien tuvo en Santo Tomás de Aquino su más - insigne intérprete. Es llamado también herida de ojo y ojo de envidia. La etiología de este mal tuvo una divulgación enorme y todavía se hallan supervivencias de esta creencia en el México actual, como también persiste aquella que atribuye a las ánimas del purgatorio - ciertas enfermedades agrupadas bajo el rubro de espanto. (4).

El español tiene a la mano dos fuentes de conocimiento - para realizar el diagnóstico y el pronóstico de sus enfermedades: la razón y la revelación. La primera es privativa del médico, la - segunda del zahorí, quien en las enfermedades de causa mística acude a la revelación provocada o divinación, considerada por la Iglesia como obra del Demonio. No todas las formas de divinación son obra de él; en las teologías morales se afirma la licitud de algunas de ellas, como la quiromancia (el pretender sacar conclusiones de las líneas de la mano y sus partes) y "divinar" por la fisonomía y por la habitud o por la disposición habitual del cuerpo y de los miembros las inclinaciones de un individuo.

También se acepta como lícito el desenhechizamiento y se recomienda contra el maleficio, yerbas como la ruda y la salvia. También es lícito llamar al hechizero para que quite el maleficio. Hay otros medios curativos, como las oraciones, con propiedades curativas o preventivas, los evangelios, - trozos de papel impreso que contienen algún versículo sagrado y que, envueltos entela, se ponen a los pacientes cosidos en la ropa interior. Igual o mayor virtud - que los evangelios, tiene el agnusdei, figurillas de cera blanca que

llevan impresa la forma del cordero y que el Papa bendice el año de su elección y después cada siete años. Quienes lo poseen son salvos de pestilencia.

Las reliquias de santos, fragmentos de huesos o de vestidos gozan de enorme prestigio y su empleo es ampliamente divulgado por los sacerdotes.

Las personas santas o en gracia de Dios, por virtud de su nacimiento, como el llamado saludador, tienen el poder de curar con el vaho y la saliva. También otras secreciones humanas y diversas sustancias corporales son dotadas de poder curativo, tanto por el vulgo como por los más famosos médicos. Así, se usaba el remedio del cráneo humano de ahorcado, en el tratamiento de la epilepsia. El sacerdote, frecuentemente llamado a tratar enfermedades, cree en la virtud de oraciones, santos y reliquias y es menos extraño que el curandero y el hombre común den mayor fé a éstos tratamientos que a los meramente racionales.

En el tratamiento de los endemoniados, la medicina mística española llegó a su cima, creando una técnica para expulsar al Demonio, el exorcismo. En la ciudad de Guadalajara, la Iglesia de San Cosme gozó algún tiempo de los servicios de exorcistas famosos.

Tan célebres como las expulsiones de los demonios, son las prácticas para desenojar o desenchizar, aunque éstas no son aplicadas por sacerdotes sino por brujos, curanderos o hechizeros, encontrándose condenadas por el Santo Tribunal de la Inquisición. La prevención del mal de ojo se lleva a cabo por medio de un collar de coral rojo o por el asta de ciervo colgado al cuello del niño. Sobre éstos objetos caerá o se desviará la mirada dañina librando al infante del pernicioso efecto.

La medicina que los españoles difundieron por el país, fue una mezcla de prácticas racionales enlazadas con evangelios, conjuros y exorcismos. La otra medicina, la académica, con todo y su

lastre religioso-emotivo, quedó limitada a servir las necesidades - del grupo en el poder constituido por los gobernantes españoles, el alto clero, los ricos mercaderes, mineros prósperos, hacendados y - encomenderos criollos.

En el mundo precortesiano la medicina azteca fué, sin - duda, la que alcanzó una mayor difusión; como consecuencia lógica - del dominio económico sus conceptos se extendieron a los pueblos su - jetos a tributo, pero su prestigio traspasó las fronteras militares de la confederación.

Dentro de la medicina azteca quedaron fundidas las expe - riencias de pueblos que habían concluido su ciclo vital y que deja - ron a sus sucesores la herencia de su sabiduría. El proceso de acul - turación que siguió a la expansión de este pueblo guerrero incorpo - ró en su cultura muchos elementos de las tribus vencidas y no pocos de aquellos con quienes se hallaba en contacto más o menos directo, y amistoso .

La característica principal de ésta medicina es el cli - ma místico en que se desenvuelve. Los hombres de la medicina azteca participan de los atributos sagrados de los sacerdotes; la ira in - controlable de los dioses es causa de enfermedad y en el diagnósti - co y tratamiento de las dolencias intervienen las fuerzas divinas. La medicina se sitúa y rige en plano de lo sobrenatural. Recibe el arte la denominación de ticiotl, pero queda comprendida , la "agore - ría de echar suertes".

En la sociedad azteca, la mayoría de sus miembros poseen conocimientos médicos rudimentarios. Sin embargo, en los padecimien - tos que por su gravedad o por sus síntomas alarmantes despiertan an - gustia, el individuo se ve en la necesidad de recurrir al ticitl, - médico agorero, especializado en el arte. Su papel es particularmen - te valioso ya que está a su cargo velar por la seguridad del grupo.

en lo que se refiere a las enfermedades. Esta función acarrea gratificaciones que la hacen atrayente pero también presupone peligros, - ya que el médico agorero que fracasa recibe digno castigo!" era ley que muriese sacrificado y abierto por los pechos".

La preocupación del médico agorero al hallarse en presencia de la víctima de un mal, no era definir o aislar la entidad nosológica responsable, sino descubrir la deidad cuya ira ha provocado la dolencia o la persona culpable del hechizo. Más importante que el diagnóstico era su pronóstico, que tenía un sentido dinámico desconocido en la cultura occidental, pues no era irreversible sino -- dúctil en manos del médico nativo. El médico nativo no solo conoce el arte de curar, sino sobre todo, el de pronosticar, es médico y agorero.

Los españoles europeos y en parte los españoles americanos, tenían a su servicio médicos occidentales para atenderse en casos de enfermedad. Hernán Cortés, en una de sus cartas al emperador, le habla de la inutilidad de que pasen médicos a las Indias, ya que sus conocimientos en nada aventajan a la ciencia nativa. Sin embargo, pronto llegan a la Nueva España médicos inbuídos de las teorías de Galeno y Dioscórides. Algunos son nombrados protomédicos por el Ayuntamiento de la ciudad de México, para que vigilen el ejercicio de la profesión y aún impongan penas a quienes, sin título reconocido, se dediquen al oficio de aliviar los males del prójimo. El 7 de enero de 1579 se crea en la Real y Pontificia Universidad, la cátedra de prima de medicina. De esa fecha, hasta el término de la época colonial, borlan unos pocos médicos que se dedican a ejercer sus actividades en las grandes ciudades y entre la población española, quedando abandonadas a su suerte millares de indios, negros e híbridos.

El nivel de vida de la masa de la población no es lo suficientemente alto para poder pagar los honorarios de los doctores-

de la Universidad. Para las enfermedades comunes, el pueblo llama - al herbolario, quien prescribe las yerbas adecuadas; mas cuando se trata de dolencias graves o males rebeldes al tratamiento vulgar, - es necesario acudir al curandero. Indio, mestizo, negro o mulato, - posee la antigua sabiduría nahúatl pero no desprecia la aportación de la magia cristiana y el acervo de la ciencia africana. Los conocimientos médicos adquiridos por gracia, son privilegio de unos cuantos, con mas frecuencia el curandero aprende su oficio con trabajo y con pena, escuchando y observando a algún anciano hechicero. El curandero es médico y hechicero, cura y daña, tiene una extrema sensibilidad, fácil imaginación y prodigiosa fantasía. No era, de ninguna manera, el " embustero supersticioso" que afirma el Santo Oficio, - sino un convencido de sus facultades extraordinarias.

El crecimiento de mestizos y mulatos se inició a fines - del siglo XVI, tomó impulsos en el curso del XVII y fué ostensible, como clase, a principios del XVIII. Escogió, en lo que a medicina - concierne, conceptos operativos de la medicina española, de la medicina nativa y de la negra, construyó un sistema coherente de ideas y prácticas curativas, preventivas y destructivas, que se denominan medicina mestiza, en la cual tuvieron cabida lo racional y lo irracional y esa dualidad le permitió explicar, alternativa y opuestamente, las causas y efectos de los fenómenos.

La medicina mestiza tomó cuerpo y fortaleza a medida que la población de mezcla crecía; se enriqueció al correr de la Colonia con aportaciones indígenas nuevas y constantes, así como españolas y negras. En 1652 aceptó el uso de huesos, cráneo y tierra de sepultura, basado en concepciones aparentemente africanas; en 1661 introdujo el chanismo aborígen en la etiología y la terapéutica de la enfermedad; en 1693 se apropió de complejos divinatorios, como el ce-dazo, la ordalía y las varas mágicas, de procedencia peninsular; en 1696 agregó el pipitzintli nativo, al acervo de drogas alucinógenas;

en 1725 la terapia sustentada en la ingestión de palabras sagradas-escritas en latín y en los años que restan hasta 1810, absorbió y -reinterpretó un conjunto de ideas y prácticas comunes a la brujería y hechicería españolas.

La población mezclada tuvo un violento crecimiento demográfico que la llevó a convertirse en el sector mayoritario del país. Termina la dominación extranjera, pero no la estructura económico-social que heredaron los terratenientes criollos. El movimiento liberal de Reforma, sentó las bases que permitieron la Revolución de 1910 y la ruptura de dicha estructura. La Reforma organizó a la sociedad mexicana en una sociedad clasista e hizo que los mestizos-surgieran de su marginización y lograran una posición en la estructura social.

La medicina mestiza, de orientación dual-racional e irracional- que la población tenía como patrimonio, obtuvo entonces el status de medicina nacional.

El proceso de aculturación es incesante en su desenvolvimiento.

Clausurada en 1833 la Universidad, penetró en México la medicina -positiva, respaldada por un enorme prestigio pero se inicia un nuevo conflicto aculturativo e integrativo que puso frente a frente a la medicina mestiza, dualista y popular, y a la medicina positiva, científica y racionalista.

R E F E R E N C I A S.

- 1.- Jores A. : El hombre y su enfermedad. 1a Ed., Barcelona, Editorial Labor.
- 2.- Niedermeyer A.: Compendio de Medicina Pastoral. 1a Ed. 1956. Barcelona, Editorial Herder.
- 3.- Lafn P.: Enfermedad y Pecado, 1a Ed., Barcelona, 1961. Ediciones Toray.
- 4.- Aguirre, G.: Medicina y Magia. 1a Ed., México, Instituto Nacional Indigenista, 1963.

II.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Cura mejor, quien tiene la confianza
de la gente.

Galeno

Para el buen ejercicio de la medicina, es esencial estar familiarizado con la enfermedad y comprender como ésta se produce, pero tales conocimientos resultan insuficientes si no se logra una comunicación eficaz entre el médico y el enfermo. Tal comunicación ha de efectuarse en ambos sentidos, tanto del médico hacia el enfermo, como a la inversa, y debe ocurrir en el mayor número de planos posibles para los dos. La comprensión cada día mayor de los procesos patológicos, ha puesto cada vez más de relieve, en todos sentidos, la individualidad de los enfermos. Tal individualidad es especialmente clara en cuanto a variaciones de la personalidad y su conocimiento pleno, solo puede lograrse gracias a una buena comunicación.

El conocimiento de la participación, en su relación con los enfermos, de elementos dinámicos, que pueden estar más o menos encubiertos, facilita al médico la comprensión y el entendimiento de los problemas que surgen durante su relación con el enfermo.

Lo más importante y básico en la práctica médica es la relación donde dos personas se encuentran, una de ellas en busca de ayuda y otra dispuesta a ofrecerla.

Toda relación humana se lleva a cabo a nivel de la conducta; - la relación médico-paciente se efectúa en el mismo nivel. La enfermedad misma, cualquiera que ella sea, se expresa también en el nivel de la conducta; es el comunicar las dolencias. No hay otro medio posible de hacerlo.

El médico tiene dos tipos de relaciones con los pacientes: a una de ellas se le podría llamar real. Es decir, es médico y las personas lo buscan porque están enfermas. Si bien, ésta es una relación impor

tante, existe otra, de tipo simbólico. En ésta el médico tiene siempre un valor simbólico para el individuo enfermo.

En medicina, particularmente en el terreno del tratamiento psicoterapéutico, ambas modalidades de relación son de extrema importancia.

Sabemos que cualquier enfermo es, entre otras cosas, una persona que tiene problemas psicológicos. Estos, comienzan cuando aparecen sensaciones molestas que le indican que alguna parte de su organismo y o de su mente no está funcionando bien. El problema termina, en el mejor de los casos, con la recuperación de la enfermedad y el regreso a la vida familiar y a su trabajo, entonces, la enfermedad y sus molestias pueden ser olvidadas. A veces, el final no es tan feliz, la enfermedad puede producir graves alteraciones físicas o mentales, incapacidad, invalidez y aún la muerte. Como no todas las enfermedades terminan felizmente, la enfermedad es, en general, algo que causa temor, a excepción de ciertas enfermedades muy benignas. El médico experimenta naturalmente cierto grado de ansiedad, generalmente menor que la del propio enfermo, al tratar de curarlo.

El aspecto simbólico de la relación médico-paciente, se ejemplifica en aquellos individuos que llegan llenos de miedo a consultar al médico, y muy pronto le adjudican cualidades mágicas y facultades, muchas veces extraordinarias, de las que en realidad carece. Hay otro tipo de enfermos que se rehusan totalmente a consultar, porque tienen la creencia de que, una vez que el médico los examina y los diagnostica, la enfermedad adquiere un carácter de realidad.

Este tipo de pacientes sienten y piensan, que mientras no se ha hecho un diagnóstico, en alguna forma mágica no están enfermos. Esto lleva a crear cuadros crónicos que son más difíciles de tratar en la práctica médica.

El médico debe darse cuenta y estar muy atento desde el primer contacto con su paciente, del por qué ha sido escogido él y no precisamente otro. Esto, puede ser muy significativo.

El paciente se ve obligado a ponerse en contacto con el médico. Algo sucedió que no siguió retardando la entrevista. Aunque en general, solo se da cuenta parcialmente de sí mismo, ha tenido, sin duda, alguna sensación poco usual o rara o la exageración de un síntoma que anteriormente no le preocupaba, que lo obliga a consultar al médico.

Los pacientes necesitan distintos estímulos para la primera consulta y así, algunos lo hacen por algún síntoma mínimo, mientras que otros tienen que ser llevados casi a la fuerza. Naturalmente, influye la naturaleza del estímulo, la intensidad, la localización, la precocidad de aparición y los conocimientos previos que se tiene respecto al valor de dicho síntoma.

El médico generalmente no reconoce la importancia de la actitud general del paciente hacia la enfermedad. Algunos, viven constantemente alertas al funcionamiento de su organismo y se quejan rápidamente al menor síntoma; otros, llegan al extremo de negar síntomas evidentes por vergüenza de exponerse, física o mentalmente, al exámen del médico.

Con mayor frecuencia, se olvida que en muchos casos, la actitud de los pacientes hacia los médicos viene desde la edad más temprana. Esto puede ser especialmente molesto para aquellas personas que han tenido experiencias médicas dolorosas.

Se deben considerar pues, dos tipos de fuerzas opuestas que actúan sobre el paciente; unas que actúan dándole valor para buscar la ayuda del médico y otras, para descorazonarlo. Generalmente, la balanza se inclina en favor de las primeras, pero un gran número de personas sufren antes de buscar al médico o lo hacen demasiado tarde.

No hay que perder de vista, que el enfermo inicia su relación con el médico aún antes del primer contacto personal y en la elección se toma en cuenta la reputación, la experiencia que han tenido con él amigos o familiares, la cercanía de su consultorio, sus honorarios, etc. Cree saber mucho del médico, a pesar de que en realidad muchos sean da--

tos incorrectos. Sus mismos prejuicios son significativos para el diagnóstico y el tratamiento.

El paciente que tiene intensa necesidad de que se le dé protección y se le acoja calurosamente, tiende con frecuencia a escoger un médico amable y accesible. Otro, con necesidades de protección excesivas, a fin de sentirse seguro, buscará un médico autoritario. Los rasgos autoritarios de un médico pueden ser muy atractivos para un paciente débil y sumiso, pero un sujeto autoritario fácilmente entrará en conflicto con un médico cuya personalidad sea también autoritaria. Algunos enfermos perciben que pueden satisfacer sus necesidades de aceptación y afecto en la relación que establecen con el médico y buscan aquél que tenga una personalidad cálida, pero éste mismo enfermo se sentirá frustrado con un médico frío y objetivo. Las personas obsesivas preferirán un médico con un carácter perfeccionista, ordenado y exacto. Aquellos sujetos vanidosos y superficiales son fácilmente atraídos por el médico que adopta poses académicas, mientras que otros, más sensibles, preferirán al que se expresa en forma más modesta.

Más que un mero diagnóstico y una prescripción, lo que el enfermo busca cuando se relaciona con su médico, es aceptación y simpatía pero también magia, autoridad o castigo.

Es un hecho clínico ya suficientemente demostrado, que los enfermos mejoran o no, no solamente por la prescripción o tratamiento del médico, sino porque encuentran o no, en su relación con él, lo que en forma consciente o inconsciente, necesitan y buscan.

El médico no debe olvidar, que en su relación con el paciente, al igual que en toda relación interpersonal, existe la polaridad amor -- odio y si se quiere practicar una buena medicina es necesario identificar y aceptar los aspectos negativos, como la hostilidad, que no siempre aparece muy claramente, se encuentra reprimida profundamente y solo se manifiesta por disfunciones orgánicas y a largo plazo, por daño tisular.

Es muy importante el hecho de que muchos médicos se sienten inclinados a ignorar estas actitudes negativas, como aquél que acepta como cosa natural los elogios desmedidos y le parecen razonables las críticas que hacen los enfermos de colegas consultados con anterioridad.

Si bien parece más fácil aceptar amor de un enfermo cordial y obediente, no es tan fácil tolerar a un enfermo antagonista y hostil. - Aceptar hostilidad no es agradable, pero es necesario si se quiere hacer medicina de calidad, analizando objetivamente sus causas, para identificarlas y comprenderlas.

Puede suceder que un médico tenga tal intolerancia para la hostilidad y la rebeldía, o que tenga una gran necesidad de ser obedecido - ciegamente, o ser muy admirado, que en forma inconsciente manipule la situación de tal manera, que seleccione su clientela y esté constituida solamente por enfermos cordiales y sumisos o bien, los ha obligado a reprimir toda manifestación de hostilidad.

Como los motivos que guían al paciente, para la elección del médico, son tan distintos, es indudable que resulta ventajoso para el médico, ser psicológicamente flexible y así, poder reconocer las diversas necesidades de los distintos pacientes. Es natural, que la flexibilidad de su actitud, no sobrepasará los límites de lo meramente terapéutico.

En lo que respecta a la primera cita, hay que considerar que - en la actualidad está ampliamente extendida la costumbre de hacerla mediante el teléfono. Los enfermos pueden pedir su cita con un tono de voz que vaya, de verdaderas vociferaciones o murmullos casi imperceptibles. - Tal vez un paciente, que en realidad necesita atención inmediata, emplee una manera agresiva que provoque en el médico o en su secretaria, cierto antagonismo. En esos casos, no se debe ser sordo a la manera de expresarse del paciente y frente a una actitud enojosa o descortés, debe mantenerse invariablemente una actitud de serenidad y no cegarse para reconocer la situación. Así, la secretaria médica, deberá ser cortés, sincera-

y eficiente, amable, evitando demoras innecesarias, tanto para el paciente como para el médico y evitará dar la impresión de que éste se encuentra demasiado ocupado para una llamada profesional, un tono autoritario o de impaciencia, decir lo que el médico puede o no hacer, corregir a la persona que hable y emplear términos médicos inadecuados.

Se debe estar alerta con aquellos pacientes que se presentan llenos de buena educación, muy pacientes y que pueden dar la falsa impresión de que su problema no es urgente. Se debe tener la misma consideración para los pacientes sumisos que para los agresivos y reconocer que el retraso en verlo, puede significar un aumento en sus molestias y hasta un progreso serio de la enfermedad, pero también provocar el enojo y desaliento del paciente, a pesar de que estos sentimientos sean soportados en silencio.

En cierta forma, el tratamiento se inicia en la misma sala de espera, la que en sí, también tiene importancia; respecto a las condiciones en que se encuentre, puede ser deprimente lo escaso, corriente y deteriorado de sus muebles o la falta de limpieza, aunque también puede deprimir el lujo excesivo.

La manera de esperar en la sala también tiene su importancia y el profesionalista debe reconocer que sus pacientes tienen ocupaciones y responsabilidades y que la espera puede resultar una pérdida innecesaria de tiempo. Está bastante justificada la observación de que, si un paciente llega demasiado temprano, se encuentra ansioso, si con frecuencia llega tarde, va en actitud hostil y si llega exactamente a la hora, es una persona perfeccionista. En los casos de retraso no se debe descartar sin antes analizarla, la posibilidad de una actitud hostil o indiferencia hacia la enfermedad.

Las primeras palabras que un paciente dice, determinan y matizan el tipo de relación que se va a establecer entre ambos. No es posible que una persona cuente en los primeros pasos de una relación, los de

talles más íntimos de su vida y preguntar por ellos de inmediato crearía más angustia, o despertaría sentimientos muy variados en el paciente. Es esencial que la entrevista se lleve a cabo con absoluta intimidad y tranquilidad, evitando maneras apresuradas.

De ahí, pues, que éste primer encuentro sea tan trascendente, ya que determinará la clase de relación posterior. Si el médico es comprensivo y muestra interés en el enfermo, éste establecerá una relación en donde está dispuesto a dar información sobre algunos aspectos de su problema y en esta forma, podrá desenvolver poco a poco sus dificultades y discutir las.

Se requiere comodidad, tanto para el paciente como para el médico, durante el interrogatorio. Algunos médicos se sienten más cómodos detrás de su escritorio, pero ésta disposición crea una barrera, a veces demasiado real, lo cual podría ser resuelto si la silla del paciente se coloca a un lado del escritorio del médico, o éste, coloca su silla exactamente frente a frente.

Durante el interrogatorio, el médico expresa gran cantidad de cosas sin hablar y su expresión facial puede comunicar interés, aburrimiento o ansiedad, respecto a las quejas del paciente. Debe darse cuenta que son las apariencias las que ve el paciente y como esto se reflejará en las relaciones que después han de desarrollarse o en la actitud que asuma con respecto a su propia enfermedad.

Algunas personas, pueden negar todos los síntomas que se refieren a los diversos aparatos, en una especie de demostración de valor o como reflejo de una negación interna de la enfermedad. Si bien es cierto que algunos rehusan discutir sus asuntos personales, el médico debe estar dispuesto a entrar en estos detalles de una manera gradual. Algunos médicos vacilan cuando van a preguntar y cuando lo hacen, parece que dan excusas, hecho que agregará dificultades.

Freud (1) señaló algunas características de lo que sucede cuando el médico y el paciente se ponen en contacto. Este último, nunca está muy seguro de lo que quiere o de lo que obtiene. Por otra parte, el médico debe haber anunciado que está capacitado (tiene instrucción médica), autorizado (posee un título universitario), preparado (en el sentido de tiempo y equipo), y está dispuesto a desempeñar sus servicios con cualquiera que se considere enfermo. Una vez que una persona se entera que está enferma, va al médico y le expone un problema o sus molestias; en cierto sentido, este es el paso preliminar en un contrato. El médico, después de escuchar al enfermo, puede justificadamente aceptar la responsabilidad de intentar ayudar a esa persona como paciente. Si la decisión es negativa, no avanza en el contrato y si acepta, trata de seguir el mejor camino para ayudarlo, procediendo a efectuar la historia clínica, hará varios exámenes, etc.

A los exámenes y preguntas, el paciente se somete pasivamente, cooperando en cuanto le es posible. Con excepción de la pediatría y de la psiquiatría, la negativa de un paciente a cooperar, automáticamente cancela el contrato.

Como resultado de la información obtenida mediante el interrogatorio y el examen, el médico llega a ciertas conclusiones y recurre a sus conocimientos y a su experiencia sobre el procedimiento indicado para la patología que ha descubierto y formula un plan de acción. Esto, generalmente se expresa en la forma de una proposición, que puede llamarse también, opinión, recomendación, receta, orden médica, etc. Pero no importa como se le designe, ya que, substancialmente, consiste en recomendaciones relacionadas con el procedimiento de intervención, cuyo intento deberá aliviar al paciente en su sufrimiento o de su incapacidad.

Tal vez, el procedimiento requiera algunos servicios más de éste médico o puede exigir los de otros colegas o bien, consistir en algo que el paciente pueda hacer por sí mismo; en el primer caso, el

contrato continúa, en los dos últimos, generalmente se da por terminado una vez que se da el consejo.

Así pues, el contrato médico-paciente nunca es específicamente para aliviar los síntomas; es un deseo que puede llegar a no ocurrir. El enfermo compra los exámenes con la información que el médico le traduce, después de hacer sus averiguaciones y un consejo. Si el plan de tratamiento es aceptado y de hecho se administra, también pagará por estos servicios.

En cualquier compromiso entre dos individuos entre los cuales hay una transacción, existe un intercambio; es decir, un dar y recibir algo por ambas partes. Cuando uno no necesita lo que el otro le ofrece ya sea porque uno no proporciona lo que el otro necesita o bien, porque existe el sentimiento, de parte de uno u otro, de que el intercambio no es justo, el contrato tiende a romperse prematuramente. El primer efecto, cuando se tiene conciencia de insatisfacción, será que una o ambas partes intenten reparar la falta. La insuficiencia y por lo tanto, la insatisfacción, pueden constituir precisamente la base de la continuidad.

Cuando el paciente va con el médico para que le debride un absceso, aunque éste recurra, no hay ningún sentimiento de insatisfacción hacia el contrato, pero en el caso del paciente que tiene alguna enfermedad crónica, el tratamiento es un proceso largo y prolongado, en el que posiblemente se le pague al médico, no tanto por hacer algo, sino por tratar de ordenar y sostener una situación. Sin embargo, se le paga y por lo tanto gana algo, mientras que el paciente no tiene nada de lo que esperaba, fuera de la atención y la observación del médico; todos los tratamientos tienen como finalidad obtener un cambio que mejore al paciente, todos los tratamientos son transacciones y el paciente debe darse cuenta de que esta pagando y no porque se le alivie el sufrimiento o se le cure de la enfermedad.

Excepción hecha del terreno psiquiátrico, en estas transacciones, comerciales de hecho, la relación es incidental y tiene un límite de tiempo bien definido.

Un problema muy importante es la cuestión del dinero. ---- Freud nos recordó lo hipócritas y evasivos que somos todos en lo concerniente al pago por dar o recibir ayuda, por lo que es necesario que los arreglos financieros se hagan con toda exactitud y claridad por ambas partes. Es por esto, que se considera inconveniente que el paciente contraiga grandes deudas por concepto de honorarios, ya que esto podría constituir un obstáculo desastroso en la relación.

Hay otros aspectos de la relación médico-paciente que van más allá del paso inicial de establecer confianza. Todo ser humano es producto de su propia historia y ha crecido y vive en un determinado contexto cultural. El individuo, habitualmente tiende a repetir a través de su vida las pautas de conducta que han sido establecidas en su infancia, en su niñez y en su adolescencia. Este tipo de relaciones determinará la clase de relación que se va a establecer en situaciones que sean más o menos semejantes, o que impliquen cierto tipo de transferencia.

Transferencia es la serie de actitudes, sentimientos, manera de reaccionar, positiva o negativa, del paciente con respecto a su médico, basado en situaciones infantiles del paciente con sus padres. En otras palabras, es el repetir las relaciones tempranas, sobre todo a medida que los contactos entre médico y paciente continúan. Sobre un período largo de tiempo, el médico podrá empezar a tomar el lugar del padre, de la madre o de alguna persona que haya protegido al paciente, o alguien de quién espere ayuda, ya que habitualmente el enfermo tiende a proyectar en la persona del médico sus necesidades.

Por otra parte, hay otro tipo de enfermos con gran resentimiento, sobre todo ante la autoridad. A éstos podría llamarse los

"malos pacientes", es decir, las personas que no hacen caso de las recomendaciones, que no las toman en serio, que no se apegan a una dieta que ha sido prescrita, o que no toman los medicamentos en forma adecuada.

Estos casos representan un tipo de conducta, una actitud, una nueva modalidad, dentro de la relación médico-paciente.

Cuando un paciente empieza a ser hostil contra el médico, entonces prefiere pensar que no sabe de lo que está hablando, que debe haber algo malo, que "no es un buen paciente", y que no puede hacer nada por él. En realidad, lo que pasa es que no puede tolerar su hostilidad. Pero si es un poco paciente y busca la base de estas reacciones, se podrá dar cuenta que el enfermo está repitiendo pautas de conducta que tiene con otras personas que son significativas en su vida.

Desde luego que esta explicación no se puede usar en todos los casos. Tam-poco ha de pensar que siempre que el paciente está enojado o es hostil, piensa que es muy mal médico. Es simplemente una relación de transferencia.

Además, en situaciones reales existe cierto grado de proyección hacia el médico de actitudes hostiles, y debe acostumbrarse, tal como lo hace el psiquiatra, a no juzgarse a sí mismo por los sentimientos de sobrevaloración o de falta de estimación del paciente, pero cuando éstos ocurren, ya sean positivos o negativos y sean muy evidentes, el psiquiatra trata de descubrir cuáles fueron las relaciones tempranas del paciente.

Esto actúa como una válvula de seguridad para la autoestima del médico, si por su parte puede recordar que la hostilidad de un paciente no es específicamente porque sea dirigida al médico, o por la clase de persona que es él.

El médico, con su experiencia y preparación adecuada, aprende a descubrir las manifestaciones de hostilidad en las diferentes formas en que ésta puede expresarse, por ejemplo, faltar a las citas,

llegar tarde, no hacer caso de las indicaciones, etc. Pero cuando logre darse cuenta que ésta no es una situación dirigida directamente a su personalidad, es posible que la situación llegue a resolverse.

— No se considera adecuado, dentro del ejercicio de la medicina general, hacer un análisis profundo de estas reacciones, pero si conceder al paciente la oportunidad de discutir los sentimientos que tenga en contra del médico. Si este se siente inviolable, intocable, que ninguna persona puede decirle lo que no le gusta oír, entonces va a perder muchos pacientes y muchos de ellos no van a mejorar a pesar de sus esfuerzos terapéuticos.

— Otro aspecto importante es que en esta relación médico-paciente hay dos polos: uno es el enfermo y otro es el médico. En el lado de éste, están su propia personalidad, sus características, etc. condiciones todas extremadamente importantes. Es necesario que haga autorevisiones periódicas y cuidadosas de sus actitudes respecto a sus enfermos, a su impaciencia o no en sus técnicas y rutinas exploratorias, etc, y encontrará que muy a menudo son contratransferencias, que en términos generales, son los sentimientos, emociones o actitudes, adecuadas o no, que el médico tiene hacia sus pacientes y que están en relación con situaciones y figuras significativas de su propia infancia.

Muchos médicos tienen "buenos pacientes", aquellos que mandan regalos, felicitaciones de navidad, telegramas en el cumpleaños, etc. Inconscientemente ha tratado de construir este tipo de relaciones, pero hay que tener en cuenta que los aspectos negativos son de gran importancia, pues solo cuando éstos aparecen abiertamente y cuando el paciente puede enfrentarse a ellos, es que la relación adquiere un clima más humano y se puede llevar al enfermo a la comprensión de que tiene sentimientos hostiles que interfieren con su tratamiento, con su vida o con su figuras significativas de su vida.

Hay pacientes con padecimientos orgánicos cuyos problemas giran alrededor de sentimientos de enojo con inhabilidad para tolerarlos y el médico solo se da cuenta únicamente a través de un cambio de actitud del paciente hacia él, pero en cuanto el médico tome este cambio en forma personal está realmente perdido.

Otro aspecto importante de la relación médico-paciente es que, mientras que se desarrolla, lo hace dentro de un contexto de dependencia, ya que la enfermedad en sí provoca en cualquier sujeto una regresión, que puede variar desde mínima y casi imperceptible, hasta regresiones importantes. Corresponde al médico no transformar las actitudes emocionales que se despiertan, en actitudes inútiles.

Habitualmente, después de que se ha establecido una cierta relación de confianza entre ambos, es cuando se efectúa la exploración física. Sin embargo, es también cuando en algunos pacientes se ponen de manifiesto una gran variedad de sentimientos, como turbación, vergüenza, temor, cólera y hasta estimulación erótica placentera.

La turbación es un sentimiento similar a la vergüenza, que se presenta cuando se permanece desnudo delante de otra persona. El temor puede presentarse cuando el paciente no está bien informado respecto al tipo de examen que se le va a practicar o al uso de aparatos desconocidos para él, o porque inconscientemente teme ser castigado mediante la maniobra exploratoria.

Con alguna frecuencia, aparecen pacientes con tendencias exhibicionistas dispuestos a desnudarse y a mostrar todas las regiones de su cuerpo. Es mejor no entrar en una lucha por obligarlo a que permanezca cubierto, sino, efectuar el examen natural y rutinariamente, pues a menudo esta actitud es de naturaleza inconsciente y cualquier tipo de confrontación podría poner en peligro la buena relación.

El médico puede obtener información valiosa en relación con la actitud del paciente frente a la exploración física, si experimenta

ta o no vergüenza, temor o ansiedad, e igualmente le permitirá una interpretación más exacta de los datos encontrados, por ejemplo, la tensión abdominal defensiva, que puede ser por vergüenza y no por un vientre agudo.

Con frecuencia, el médico se olvida de que los exámenes de laboratorio representan una experiencia emocional importante para el paciente, pues está acostumbrado a ver estas cosas en una forma muy rutinaria y por lo mismo no es lo suficientemente explícito. Este problema se ha acentuado más debido a los avances de la ciencia médica. No es infrecuente el observar como una persona llega a tomarse una simple radiografía o un electrocardiograma en actitud por demás estoica, sin despegar los labios, casi como si fuera a ser sometida a una intervención quirúrgica importante, debido en parte a la información equivocada de amigos u otras personas, que no hacen sino asustar y confundir más al enfermo y frecuentemente refiere la sorpresa que tuvo al no experimentar ninguna de las sensaciones desagradables que temía y esperaba.

El estado emocional del paciente durante estos estudios puede, con mucho, alterar los resultados reales, ya sea por elevación de la presión arterial, por taquicardia, taquipnea, elevación del metabolismo basal, hiperhidrosis, temblores, aumento del peristaltismo gastro intestinal, todos estos, fenómenos de origen emocional. Algo semejante sucede con el umbral al dolor.

Desde la primera consulta, el enfermo está buscando indicios, ya sea en el semblante del médico, ya sea en su actitud, sobre la naturaleza de su enfermedad; por ello, resulta tan importante cuidar todo género de comunicación pre verbal que el enfermo pueda interpretar más o menos equivocadamente, repercutiendo esto en su estado de ánimo y en su salud física y mental. El enfermo, en su afán de investigar y conocer su mal, podrá hacer

preguntas más o menos minuciosas sobre el resultado de sus estudios de laboratorio y hasta podrá intentar espiar el expediente.

Generalmente, el médico se siente inclinado a decirle al paciente que se encuentra perfectamente bien de salud porque esto le resulta agradable, pero, ¿Cuándo lo puede hacer con absoluta honradez?

La situación se complica cuando se tiene que comunicar al enfermo o a sus familiares sobre un caso de enfermedad maligna, grave y fatal. El enfermo de cáncer es "diferente" y todos lo saben: su familia, sus amigos y sus médicos. Hay un algo que los convierte en proscritos y existe un prejuicio sobre la enfermedad, que no existe en otras afecciones, como por ejemplo, uremia, cirrosis descompensada, enfisema grave e insuficiencia cardíaca descompensada. Sin embargo, los pacientes afectados por ellas, se les enfrentan en forma razonable y efectiva, lo mismo que sus parientes, amigos y médico. Pero el diagnóstico de cáncer trastorna a todo el mundo inclusive a muchos profesionales. La mayoría de éstos, a causa de su temor a la enfermedad y al disgusto de su manejo, aconsejan al enfermo que vaya a su casa, tome píldoras para el dolor y muera calladamente sin molestar a nadie. (2)

Por supuesto, el enfermo capta de inmediato tal rechazo, sus síntomas lo han atemorizado durante largo tiempo y, ahora, confirmados sus peores temores, se siente abandonado. Presionado por la fuerza mística negativa del cáncer, puede sufrir una depresión profunda. Su "espíritu" muere aún antes de que fallen sus funciones orgánicas.

El dilema del diagnóstico y aún más, el comunicarlo, se ha planteado en innumerables ocasiones y aunque algunos médicos se inclinan por ser veraces siempre con sus enfermos, otros prefieren ocultar la verdadera enfermedad durante el resto de sus días. Sin embargo, no se puede hacer una regla aplicable a todos los casos;

se debe tomar en cuenta una serie de factores en relación con el grado de integración psicológica del enfermo, su situación familiar y social, el cómo afectaría su muerte a la familia a que pertenece y cuál ha sido la forma habitual de enfrentarse a la enfermedad y a la muerte del paciente del que se trate.

En caso de que se decida no comunicar el diagnóstico, se debe tomar en cuenta, que el paciente, por otros medios, puede llegar a saberlo y con esto, el médico de toda su confianza cae de su pedestal, dejando al enfermo sin protección ni confianza, precisamente en el momento en que va a necesitar más ayuda, los últimos días que le restan de vida.

La decisión de comunicar un diagnóstico fatal conviene hacerla en forma gradual, a fin de que el enfermo sea capaz de tener el dominio emocional e intelectual de éste conocimiento que puede trastornarlo. utilizando toda clase de compensaciones para darle lo más de oportunidades de percibirse del estado que guarda, esperando a que el enfermo intuya el diagnóstico, y entonces, confirmárselo.

Cuando se trata de una enfermedad seria, pero no mortal, es más fácil señalarlo, pero es importante el mantener una conducta consistente, pues, alentarle afectuosa pero injustificadamente, podría parecer amable, pero a la larga resultará indebido. Otra situación difícil, ocurre cuando no se ha llegado al diagnóstico; podrá decirsele que no se ha llegado al diagnóstico definitivo, pero en ocasiones, es mejor señalarle que no existe ningún proceso orgánico importante demostrable. Se requiere gran valor y buena voluntad, haciendo a un lado las preocupaciones relativas a la propia reputación del médico y tomar en cuenta exclusivamente lo mejor para el enfermo.

En un paciente cuya afección sólo es emocional, los hallazgos físicos y de laboratorio no revelan nada importante, pero no basta con decirle que fueron negativos. El tiene palpitaciones o dolores abdominales y debe conocer la razón de tales síntomas. Necesita saber

que aunque no sufre ninguna lesión orgánica, no está imaginando su enfermedad, que las afecciones emocionales suelen causar palpitaciones o dolores de estómago y producen sufrimientos físicos.

" No están muy lejos los tiempos en que estos enfermos no fueron tomados en serio ni por los médicos ni por las personas que cuidaban de su asistencia. Fueron los hijastros típicos de la medicina, que los consideró más o menos simuladores y los entregó al desprecio público." (3)

En lo que expone al paciente, el médico dará la impresión de su convicción. Muchas buenas aclaraciones quedan invalidadas al formular un tranquilizante, sin explicar para qué es. Esto aumenta las sospechas del paciente de que el médico, como persona buena y amable, no quiere decirle su grave enfermedad, pero de todos modos asume la responsabilidad de tratarla. Si se le ordena un sedante, se le informará que su único objetivo es el de aliviar su tensión emocional y no el de curar una afección cardíaca. También se le hará notar la brevedad del tratamiento, el cual se suspenderá cuando se hayan eliminado las causas subyacentes.

El médico ha de estimular a su paciente a continuar sus actividades, e inclusive comprometerá su propia reputación, si fuera necesario, asegurándole que no sufrirá un ataque ni morirá súbitamente. Los médicos acostumbran repetir frases como "mejor descansa un poco por otra semana", pero aconsejar reposo cuando se acaba de decir que no existe ninguna lesión física, anula todo lo conseguido. En la mayoría de los casos, el paciente emocionalmente perturbado estará mejor si en lugar de descansar continúa sus actividades. Al recomendarle que vuelva a su trabajo o a jugar golf, el médico quizá logre alcanzar mejores resultados, dando la impresión de ser sincero en sus afirmaciones; y con base, tanto en su actitud como en sus palabras, grabará en la mente del enfermo la noción de que confía en su cuerpo y en su habilidad para mejorar. A menudo, el paciente

responderá esforzándose para lograrlo. (4)

Si una vez diagnosticada la entidad primaria e iniciado el tratamiento correspondiente, el enfermo sigue mostrándose ansioso, tenso, deprimido o exageradamente preocupado por sus síntomas, será preciso ahondar más. Aquí es donde se escucha el coro casi unánime, de los médicos, en son de protesta: No tengo tiempo, no soy psiquiatra, y ¿ si mi exploración lleva a problemas adicionales, ansiedad o suicidio?. No es recomendable que se intente trabajar con enfermos que de por sí requieren ayuda psiquiátrica, pero sí con los básicamente sanos, que se hallan impedidos por la barrera de sus propios temores.

Para Rusk (5) es importante el indicar la importancia de ventilar la situación actual del paciente, aclarar francamente que los individuos con quejas semejantes no llegan a realizar sus necesidades básicas y acentuar el problema del momento y no los traumas del pasado.

Luego averiguar que ha ocurrido en la vida del enfermo para causarle esta dificultad. No olvidar que los hechos felices pueden originar tanto dolor e infelicidad como los tristes. Ponerse de parte del paciente haciéndole saber que se cree en su derecho de ser amado y de sentirse seguro e importante. Expresarle que cualquiera se encontraría tenso y alterado ante esa situación.

Preguntar cómo desearía que fuera su vida y cómo cree que podría cambiarla y hacerla más satisfactoria. Averiguar si está dispuesto a modificar su comportamiento con los peligros que ella entraña. Hacerle saber que debe aceptar el riesgo de la transformación a una conducta más productiva. Se pondrá mayor énfasis en los cambios de comportamiento que en la percepción interior, ya que ésta constituye, al fin y al cabo, una explicación y no una solución. En ocasiones, será preciso ahondar en el porque del temer.

Aún si las drogas fallan, se producen mejorías sorprenden-

gentes mediante la relación positiva y simpática con el paciente, incluso con aquellos aquejados de enfermedades malignas. Muchos quieren hacer algo para ayudar. Algunos logran una remisión del 100% en cuanto a participación en las actividades vitales. Otros desarrollan una actitud de broma hacia el cáncer. Muchos de ellos conservan su interés y sus objetivos, e insisten en trabajar hasta pocos días antes de fallecer. El arte médico puede infundir vida a los enfermos— aún cuando la ciencia no pueda hacerlo.

El plan terapéutico dependerá de las características del enfermo y de la complejidad del programa, sin olvidar su competencia intelectual. Pero el paciente puede rehusar abiertamente aceptar el tratamiento, o bien, adoptar actitudes aparentes de terquedad, tontería y aún de desafío, que es posible que estén encubriendo vergüenza con respecto a la enfermedad, sospechas de la medicación, temor a ser perjudicado o actitudes autodestructivas, casi suicidas (Freud habla de un impulso de muerte), como expiación de sentimientos de culpabilidad, la falta de "esperanza fundamental" o a hostilidad generada como defensa contra sus propias tendencias dependientes.

Por todo lo antes dicho, es necesario tomar muy en cuenta la necesidad de que el médico haga una revisión-autorevisión-periódica y cuidadosa de sus actitudes respecto a sus enfermos, si se es o no impaciente, de sus técnicas y rutinas exploratorias, si omite o hace con frecuencia exámenes vaginales o rectales, aún cuando los considere necesarios o viceversa, de su actitud respecto a cubrir mucho o poco a sus pacientes durante la exploración y encontrará que, muy a menudo, estas actitudes son contratransferenciales.

El análisis de los problemas contra transferenciales, no solo incumbe al psiquiatra y al psicoanalista, sino también a cualquier médico consciente que desee conocer sus distintas maneras de reaccionar con sus enfermos en ocasiones, al parecer, inexplicable.

Menninger K. (1) señala algunas de las maneras más comu-

nes como aparece la contratransferencia y se convierte en interferencia, que, si bien se refieren a la práctica psicoanalítica, mutatis mutandis, pueden aplicarse a la relación médico-paciente en general:

- Incapacidad para comprender cierto tipo de material que toca los problemas personales del médico.

- Sentimientos de depresión o de preocupación durante ó después de la entrevista, con ciertos paciente.

- Descuido en relación a los arreglos; olvido de la cita con el paciente, llegar tarde a ella, o prolongar, sin ningún motivo especial, la hora del paciente.

- Somnolencia persistente del médico durante la entrevista.

- Excesiva o escasa asiduidad en los arreglos financieros con el paciente, por ejemplo, el dejar que se endeude, o tratar de "ayudarlo" para que consiga un préstamo.

- Buscar seguridad, empleando recursos tales como tratar de impresionar al paciente de diversas maneras, o de intentar impresionar a los colegas con la importancia de uno de los pacientes.

- Experimentar repetidamente sentimientos eróticos o afectivos hacia un paciente.

- La necesidad de "chismear" con los colegas sobre algún paciente.

- Mordacidad innecesaria y sadista al formular comentarios.

- Sentir que el paciente debe aliviarse por la reputación y el prestigio del médico.

- Mimar el caso, por temor a perder el paciente.

- Obtener satisfacción consciente de los elogios, pruebas de estimación, muestras de afecto, etc., del paciente.

- Perturbarse por las acusaciones y reproches persistentes del paciente.

- Discutir con el paciente.
- Tratar de ayudar al paciente en forma extra-medica, al - hacerle ciertos arreglos financieros, o de alojamiento.
- Una tendencia marcada a " remachar " en ciertos puntos.
- Impulsos de solicitar favores del paciente.
- Aumento súbito o disminución de interés en un determinado caso.
- Soñar con el paciente.

Es indudable que, si el médico es sincero consigo mismo, tendrá que aceptar que ha cometido, en algún momento de su ejercicio profesional, por lo menos alguno de éstos errores, El análisis de la actitud profesional personal, nunca será suficiente para eliminar todos los puntos ciegos o todas las tendencias a encontrar satisfacción subrepticia en otras formas que no sean realistas. Algunas de ellas, acechan constantemente como tendencias "neuróticas" potenciales; otras, se organizan en la estructura personal del médico. Por eso tienen que determinar ciertas actitudes de él hacia todos sus pacientes.

La situación de la hospitalización debe ser valorada cuidadosamente por el médico, especialmente en aquellos enfermos que presentan enfermedades recurrentes crónicas y considerar, si a la larga, no será más perjudicial que útil para el enfermo, sin olvidar que este hecho interrumpe su vida cotidiana. En algunos casos, favorecerá tendencias de tipo dependiente, pero en otros, será un alivio, muy bien recibido, si el paciente se percata de la existencia de un padecimiento serio.

El hecho de ser hospitalizado puede resultar muy atractivo para quienes prefieren una vida llena de cuidados y protección.

Otro hecho que interviene, será la experiencia previa de una hospitalización anterior y las circunstancias que la rodearon.

Para la mayoría de los pacientes, el tener que dejar su hogar, su medio familiar y entrar a un hospital, será una experiencia angustiosa. A esto se agrega el preconcepción (prejuicio?) que se tenga de él, con muchas ideas erróneas, la necesaria adaptación al medio hospitalario que implica restricciones en sus movimientos y privacidad, espacio, comidas, horarios diversos, estímulos interesantes y el verse casi reducido a sus propios procesos vitales. Entra en contacto con personas desconocidas, de muchas de las cuales tiene que depender - sin que haya logrado obtener cierto grado de confianza. Es cierto, que la adaptación se facilitará más para aquellas personas gregarias y más difícil para las retraídas.

Otros hechos, ordinarios en la vida cotidiana de un hospital, también pueden ser muy impactantes, como la admisión, de un nuevo paciente, la defunción de otro cercano, fricciones con otros o con el personal. Otros sucesos, por el contrario, pueden favorecer la recuperación de un enfermo, como un buen compañero, una enfermera afectuosa que sea identificada con la madre o el grupo de pacientes que le facilitan las relaciones a uno de nuevo ingreso.

Es frecuente que se considere disarmonica la conducta de un paciente que se muestre ansioso, irritable, con dolor o con tedio, pero se descuida muchas veces al paciente agradable e inteligente, que no causa molestias, que toma sus medicamentos y acepta las maniobras diagnósticas sin quejarse, pasando por alto que puede tratarse de un trastorno emocional, como una reacción depresiva y apática, una reacción esquizoide o una forma infantil de obediencia.

Si bien es cierto, que en forma casi automática, puede sentirse antipatía por un paciente agresivo, hostil o que causa complicaciones, también es cierto que el médico no existe para sentir antipatía o simpatía por los enfermos, sino para comprenderlos y curarlos.

Puede suceder, que un paciente demande y presione para ser dado de alta antes de tiempo. Esto puede deberse a varias razones, como vergüenza de estar enfermo e internado en un hospital, necesidad de relaciones con el cónyuge o los padres, preocupación -- por estar lejos del hogar, temor a la infidelidad conyugal o al descuido de los hijos, o bien, a la necesidad de negar la enfermedad -- para demostrar a los demás y a sí mismo, que es verdadero hombre.

Es quizá más frecuente, que los pacientes, a pesar de -- haber alcanzado su rehabilitación, no puedan darse de baja, ya sea, por no tener familiares o no ser aceptados por ellos, como en el caso de los enfermos psiquiátricos o tuberculosos, originándose trastornos, producto de su larga estancia, que han sido llamados genéricamente como hospitalismo o por otros autores, como "neurosis institucional", presentando generalmente semiindiferencia, apatía, sumisión pasiva, indecisión y dependencia institucional, que a largo -- plazo tienden a invalidar a un paciente, sin permitirle alcanzar la readaptación social.

Se ha intentado la solución del problema (6) mediante -- programas de búsqueda de hogares sustitutos, visitas o salidas temporales de pacientes mejorados que no tienen familiares, promoción de actividades que permitan la independencia económica y la creación de bolsas de trabajo.

Es posible, que los pacientes traten de retardar su salida del hospital, especialmente cuando la estancia ha sido larga o el -- padecimiento especialmente severo. No son raras las exacerbaciones de sus síntomas o bien, que aparezcan nuevas complicaciones. Detrás de todo esto, está el hecho de que el hospital ofrece seguridad y -- protección y abandonarlo puede ser equivalente a desprenderse de los padres; puede haber cierto grado de problemas en el hogar o en el -- trabajo, que el paciente quisiera evitar, pero también, temor a carecer de la ayuda adecuada si volviera a presentarse en el hogar -- una exacerbación de su padecimiento.

También puede presentarse la situación de que el personal retarde innecesariamente el alta del paciente, que podría, reflejar el sentimiento de culpabilidad por haberlo descuidado o no tener -- simpatía hacia él. El médico que adopta una actitud injusta de urgencia por dar de alta al paciente, puede estar reflejando cierta solera reactiva ante un caso " poco interesante", o hacia aquel que provoca su impaciencia y lo cansa. (Bieger J.,) (7).

Algunas veces, cuando el paciente no responde al tratamiento, la dificultad está en las relaciones entre médico y paciente; éste tiene sentimientos de enojo que no se considera libre de expresar con toda libertad, mientras el médico se mantiene en actitud distante; si un enfermo , por cualquier razón, deja de responder persistentemente al tratamiento instituido, debe de hacerse una revisión del estado psicológico del paciente y del estado de ánimo del propio médico. En tales casos, suele ser de ayuda la opinión de otro médico consultante.

La medicina de nuestro siglo, orientada hacia las ciencias naturales, ha ignorado tácita y deliberadamente, las bases no racionales de la profesión médica: las interacciones conscientes e inconscientes que el médico experimenta diario con sus enfermos. Nadie discutirá en serio que la influencia de la personalidad del médico constituye un importante factor de curación que, en muchos casos, puede ser incluso decisivo; ni tampoco cabe negar que, a la inversa, las actitudes conscientes o inconscientes del paciente hacia el médico influyen notablemente en la labor de éste y en el efecto de sus medidas terapéuticas. Así lo demuestran científicamente los ya clásicos ensayos con placebo.

Hasta hace no muchos años, el escéptico podría objetar que la idea de una comunicación inconsciente entre médico y paciente era una hipótesis fundada únicamente en la experiencia subjetiva

y que no se podía demostrar en forma científica objetiva. En la actualidad, Furrer W. (8) logró objetivar, de modo científico, la existencia de procesos inconscientes mediante material gráfico consistente en dibujos garabateados simultáneamente por el analista y paciente, sin mirarse ni conversar previamente. Es tal la semejanza, - que prácticamente cualquiera puede reconocer los que concuerdan.

Su valor científico puede juzgarse, procediendo mediante el análisis fenomenológico crítico de los dibujos sobre la base de características formales, gráficas y de psicología de la Gestalt, o bien, mediante el experimento psicológico, por tanto, es posible probar directamente la realidad objetiva de los importantísimos factores psíquicos inconscientes que intervienen en la relación médico paciente. Una formación que haga de la personalidad misma del médico un valioso agente diagnóstico y terapéutico posibilita una comprensión más amplia de la enfermedad y más conforme con la naturaleza del hombre.

R E F E R E N C I A S.

- 1.- Menninger K.: Teoría de la Técnica Psicoanalítica, la ed. México, Editorial Pax México, 1960, pag. 61-132
- 2.- Schwartz H. : Denomine su desagrado para tratar enfermos cancerosos y descubra los mejores pacientes del mundo. Tribuna Médica, C-15 1973,
- 3.- Jores A.: La Medicina en la crisis de nuestro tiempo, la ed. en español. México, Siglo XXI Editores, 1967, pag 31.
- 4.- Jones R.: Cómo evitar que los pacientes empeoren. Tribuna Médica, XXII, 5: C 10 (mayo 16) 1972.
- 5.- Rusk T.: Enfermo psicossomático: cómo ayudarlo. Tribuna Médica, C. 10
- 6.- Barreto E. y Col. Problemas para dar de alta a pacientes rehabilitados en un hospital de estancia intermedia. Tribuna Médica, XIX, 2: 11 (jul. 12), 1971.
- 7.- Bleger J.: Psicohigiene y Psicología Institucional, 2a ed. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1972, pag 99.
- 8.- Furrer W.: La comunicación inconsciente entre el médico y el paciente. Imágen Roche, 37:17 (jul) 1973.

III.

ASPECTOS INSTITUCIONALES.

El hombre está aquí por el bien de otros hombres, sobre todo por aquellos de cuya sonrisa y bienestar depende nuestra felicidad, y también por incontables almas desconocidas a cuya suerte estamos ligados por un lazo de simpatía.

Einstein .

El cristiano veía, en el enfermo, ante todo, un prójimo menesteroso, y no solo un "amigo" susceptible de ayuda eficaz. Este sentir no fué solo una actitud espiritual, sino que pronto se hizo una realidad social. La asistencia del enfermo, se hacía sin tener en cuenta su posición social. Compárese con el texto de Orígenes: "Con sus bellos discursos, Platón y los demás sabios griegos son semejantes a aquellos médicos que sólo atienden a las clases elevadas y menosprecian al hombre vulgar; mientras que los discípulos de Jesús se cuidan de que la masa reciba nutrimento sano". En varios lugares del Corpus Hippocraticum se prescribe el desinterés del médico, más no parece que los griegos fuesen muy fieles a ese mandamiento.

La asistencia médica regular se instituye sin otro móvil que la caridad. Ya en la Carta de San Policarpo a los Filipenses se dice que los presbíteros de cada comunidad "deben recoger al descarriado, cuidar de todos los enfermos, no abandonar a las viudas, a los huérfanos y a los pobres"; y eso mismo se lee en la Apología de San Justino y en el Apologetico de Tertuliano. Los diáconos y las viudas-convertidas luego en diaconisas-atendían a esta función curativa y social.

A tal actividad asistencial pertenece la fundación de hospitales. El primero, una verdadera ciudad hospitalaria, fué obra de San Basilio de Cesárea, hacía el año 370. La acción del Cristianismo sobre la práctica del tratamiento médico originó que el médico asociara la caridad a su arte.

En nuestro país, durante los siglos XVI y XVII, el espíritu de caridad cristiana hizo construir numerosos hospitales (33 en Jalisco, 31 en Guanajuato, 21 en el D.F., 21 en Puebla, 17 en Veracruz y uno en Coahuila, Nuevo León y Tabasco).

En el siglo XIX, el concepto religioso de caridad, fué sustituido por el de Beneficencia, o sea, la caridad abstracta del Estado y de los particulares, oficial o privada. El auge actual de los establecimientos hospitalarios se debe al concepto de Asistencia, es decir, atención social al económicamente débil, ejercida por el Estado, a través de sus organismos especiales o por los particulares.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se creó por decreto del 31 de diciembre de 1937 durante el régimen del Gral. Lázaro Cárdenas. Entre los considerandos de dicho decreto, se encuentra el siguiente: "El Estado Mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de Beneficencia por Asistencia Pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles, deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos factores útiles a la colectividad, en bien de los intereses generales del país".

En el año de 1942, por Decreto Presidencial, se fundó la Beneficencia Pública con el Departamento de Salubridad, integrándose con el espíritu de reconocer la obligación que tiene el Estado de fomentar las instituciones sanitario-asistenciales, haciéndolo en forma coordinada - la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta orienta sus actividades - a través de cuatro Direcciones fundamentales, la de Salubridad, Asistencia Médica, Asistencia Social y la de Rehabilitación, teniendo como meta la protección integral del individuo en su lucha contra el medio.

A principios de siglo, como resultado de la creación de las Escuelas de Salud Pública, en muchas partes del mundo, se desarrolló un movimiento tendiente a separar la función preventiva de la Medicina, de

las funciones curativa y de rehabilitación. En la actualidad, se considera que no puede existir medicina preventiva, sobre todo en el aspecto de enfermedades crónicas, sin un diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz. Es decir, para hacer una buena medicina preventiva, es necesario hacer fundamentalmente medicina curativa, es más, el desarrollo de la medicina rehabilitadora se ha ligado en una forma intensa a la curativa y a la preventiva se puede considerar que rehabilitar, no es más que adaptar al individuo cuando la medicina preventiva y curativa no pueden hacer más por él. (1).

"En la actualidad (1971) se calcula que un 20% de la población aquella de mayor poder económico es atendida exclusivamente en servicios privados, en tanto que el 86% restante recibe los cuidados que proveen las instituciones oficiales, tocándole a la Secretaría de Salud y Asistencia, el sector mayoritario, 60%, que es precisamente el de recursos económicos más bajos, en tanto que otras instituciones tienen a su cargo grupos menores y que disfrutan de mayores niveles de vida". (2).

Así, (3) el sistema de Seguridad de los Ferrocarriles Nacionales de México cubre un total de 316 000 trabajadores y sus correspondientes familiares. Esta cobertura social está íntegramente sostenida por la parte patronal y trabajan en el sistema 540 médicos, 575 enfermeras y 1 500 personas de los servicios auxiliares y administrativos, lo que hace un total de 2 615 personas, cuenta con 18 hospitales, 2 policlínicas y 82 puestos de socorro.

El sistema de previsión de Petróleos Mexicanos contaba a mediados de 1972 con 350 000 derechohabientes. Cuenta con 12 hospitales, 7 clínicas, 120 consultorios periféricos y 80 consultorios de campo. Hay alrededor de 600 personas del personal médico: 300 médicos y cirujanos generales, 290 especialistas, 35 odontólogos y 50 profesionistas médicos en tareas de tipo administrativo.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia trata de proporcionar servicios médicos a todas aquellas personas que no entran dentro de ninguno de los esquemas de seguridad social. Estos agrupan a unos 15 000 000 de personas. Restando esto de la población total del país, se obtiene una cifra cercana a los 36 millones de personas. Además, prevé 30 000 camas hospitalarias, cuenta con 2 300 médicos y cerca de 2 000 pasantes de medicina.

Según una estimación realizada por la Asociación de Hospitales Particulares de México, los hospitales privados atienden aproximadamente a 14 millones de personas anualmente. Cuentan con 28 000 camas-hospital. (3).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene, hasta mediados de 1972 más de 1 500 000 derechohabientes, con 38 hospitales, 173 clínicas, 490 consultorios y puestos asistenciales y 13 guarderías infantiles. Cuenta con 3 000 médicos, de los cuales unos 1 250 son especialistas.

En junio de 1972, el Instituto Mexicano del Seguro Social llegó a 11 123 014 derechohabientes, contando para su atención con 13 131 médicos.

Acercas de la cantidad de médicos que ejercen privadamente, los cálculos varían considerablemente. Ramírez Chacón (3) estima que un 50% de los médicos ejercen la medicina privadamente. De acuerdo con este cálculo, podría estimarse que 16 000 de los 32 000 (según otras fuentes llegarían a los 34 000) trabajan privadamente. Pero hay muchos profesionistas que combinan la labor institucional con la privada.

Al respecto, pueden considerarse los siguientes datos: el IMSS cuenta con 13 131 médicos, el ISSSTE con 3 000, Ferrocarriles Nacionales cuenta con 540, Petróleos Mexicanos cuenta con 640, la SSA con 2 300, el DDF, las Fuerzas Armadas, el Instituto Nacional Indigenista y otras organizaciones cuentan con un total estimado de 1 000 médicos, lo que da un total de 20 611. Esto demostraría que sólo unos 11 400 médicos

trabajan exclusivamente en la medicina privada. Sin embargo, una gran cantidad de médicos asalariados dedican muy poco tiempo a esta actividad y en consecuencia, reciben una remuneración sumamente baja, de tal manera que el número de profesionistas que dependen de la actividad privada para sus ingresos principales es considerablemente superior a los 11 400 expuestos anteriormente.

La mayor parte de los médicos institucionales (más del 90%) posee también un consultorio privado donde atienden por lo menos unos pocos pacientes diarios.

Considerando el número total de médicos, resulta que hay un promedio de 1 por cada 1 666 habitantes, índice que muestra un déficit importante si se compara con los de los países desarrollados. (2)

Este desequilibrio se acentúa por la concentración exagerada de estos profesionistas en las ciudades. Para el D.F. la tasa es de un médico por cada 500 habitantes en tanto que para muchas regiones del medio rural, hay uno por cada 20 o 30 000 habitantes.

Al dividir la cantidad global que invierte cada Institución entre la población a su cargo, se hace patente una enorme diferencia en el gasto por individuo. Así, en Pemex esta cifra es de \$ 661.93; en el ISSSTE 461.60 y en la SSA 41.25.

En 1942 se promulgó la Ley del Seguro Social, la cual empieza a regir para el Distrito Federal en 1944, estableciéndose los seguros de enfermedad general, accidente de trabajo, cesantía, vejez y muerte, amparando a los trabajadores y sus beneficiarios. Tendencias modernas que orientan la seguridad social y la asistencia médica en general a considerar al individuo como objeto del derecho a la salud, la salud integral, es decir, física, mental y social, han cristalizado en reformas a la Ley en 1956 y 1973.

Tratando de esclarecer los conceptos de Salud, Salubridad, Asistencia Médica y Asistencia Social, Alvarez Amézquita y Cols. (1) se

ñalan que "la salud, en el sentido amplio de la palabra, no es solo la ausencia de enfermedad, sino el resultado del bienestar físico y social del individuo, de un adecuado funcionamiento de su organismo, tanto somático como mental y social; sin embargo, esta separación integral no está desarrollada en nuestro país por un solo organismo social, sino que varios departamentos gubernamentales tienden a ocuparse de protegerla. En nuestro país, el concepto de Salubridad tiende a aplicarse a la responsabilidad contraída por el Estado, de procurar la salud del individuo a través de la medicina preventiva o medicina sanitaria, la Asistencia Médica se considera la atención del enfermo desde los puntos de vista médico, quirúrgico, obstétrico y farmacéutico y la Asistencia Social se considera la protección del individuo que está en desventaja respecto a los demás componentes de la sociedad, sea que haya nacido con algún impedimento físico o mental, sea que se encuentre incapacitado total o parcialmente, temporal o permanentemente, extendiendo esa protección al grupo familiar, cuando el individuo es el sostén económico de una familia. Así pues, la Medicina Preventiva, la Asistencia Médica y la Asistencia Social, de que se ocupa la SSA son, en términos generales, la responsabilidad de la aplicación de la Medicina Sanitaria y sus ramas afines para toda la población de la República.

No hay un solo organismo en México, que resuelva satisfactoriamente todos los aspectos de la salud integral, es más, muchos de ellos son incompletos en sus prestaciones y hay multiplicidad en sus funciones".

Recientemente, Jiménez Cantú (4) señala que "desde la más modesta casa de salud, puesto de socorros, hasta los Centros de Salud, hospitales de concentración y los institutos especializados, habrán de funcionar como un conjunto orgánico y armónico que se exprese por un verdadero Sistema Nacional que responda a nuestros requerimientos y a nuestros recursos".

En conclusión, continúa Alvarez Amézquita, " la prestación -
médico asistencial en nuestro país es inadecuada, no está técnicamente
planificada, la población médica está mal distribuida, pobremente pre-
parada y mal pagada y sin alicientes académicos adecuados".

En México, se identifica el nivel socioeconómico por el tipo
de atención médica; (6) con este criterio se ha clasificado a la pobla-
ción en los tres sectores siguientes:

1.- La clase que vive en la abundancia, que dispone de recur-
económicos necesarios para atenderse en la medicina privada nacional y
en el extranjero. Las posibilidades económicas de este sector son me-
dias o altas.

2.- Los derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y de algunos-
grandes sindicatos, que tienen derecho a la atención médica en los ser-
vicios clínicos y hospitalarios respectivos.

3.- La gente que no tiene derecho o lo ha perdido en las Ins-
tituciones de Seguridad Social, que no pertenecen a sindicatos y con ca-
racterísticas de subocupación o períodos frecuentes de desocupación, sa-
larios bajos o ínfimos, casi la mitad de analfabetos, bajo nivel de edu-
cación y escolaridad y porcentajes altos de hijos menores de edad. Para
la atención médica personal o familiar este sector depende de sus pro-
pios recursos, siempre muy limitados, que rápidamente agota en medicina
privada, barata y modesta y que recurre desde el principio o cuando no-
logra curación, a los servicios asistenciales.

Del otro lado, parece ser que la mayoría de los médicos, se-
gún una encuesta reciente (5), se halla en un nivel de ingresos de apró-
ximadamente \$ 10 a \$20 000. Un 96% tienen residencia propia y un 4% al-
quilada y el valor aproximado de los inmuebles oscila entre los \$200 000
y los \$ 400 000. Más del 98% poseen por lo menos un automóvil; 55% pe-
seen un automóvil y 38% poseen dos automóviles, y la mayoría cuenta con
una variedad de tipos de seguros.

Los médicos son padres de aproximadamente 4 hijos por familia médica, una mayoría recién tuvo hijos después de recibirse y para la educación de éstos, prefirieron la educación privada sobre la pública y la educación laica sobre la confesional o religiosa.

Es indiscutible que en México se ha logrado una renovación de las instalaciones físicas, un aumento de los recursos materiales y cambios sociales que han permitido que más grupos humanos se beneficien de la medicina, instituciones Estatales que pugnan por obtener, para todos los beneficios que anteriormente y por sí solo, luchaba el médico por obtener para algunos. Sin embargo, es interesante el descencierito que existe entre quienes disfrutaban las ventajas y el médico que deseaba verlas realizadas, experimentando el no vivir el entendimiento a que estaban acostumbrados. Ramos y Cols. (7) afirman, "algo se ha roto, se sienten alejados, no se reconocen, añoran el antiguo trato, comprenden que la comunicación personal se ha esfumado, precisamente ahora que el médico tiene más posibilidades de ayuda en su nueva situación social, más importante y trascendente".

Nada defrauda tanto a un hombre como la incomprensión del médico en quien ha puesto su esperanza, nada defrauda tanto al médico como la incomprensión de sus esfuerzos. Desgraciadamente, se ha desvanecido la relación entre individuos, sustituyéndose por una relación impersonal, ambos se sienten víctimas, en realidad se hieren a causa de su mutua incomprensión.

Las cosas han cambiado. El modo de ejercer, la práctica misma del arte médico está cambiada. Véjar Lacave (8) señala. "A la habilidad personal, el ojo clínico, se añade la ciencia y la técnica. Los antiguos maestros no lo entendían así, cortados en el perfil individualista más recalcitrante, llegaron a oponer al avance científico, su antipatía por todo aquello que no fuera la vieja clínica. Tan dañino era desdeñar el laboratorio como ahora pretender que la medicina esté asentada solamente en los estudios complementarios".

Marañón (9) criticando la medicina dogmática afirma: "La medicina sigue siendo un arte. Y hay que aplicar con arte- y no con dogmatismo- los asombrosos conocimientos actuales; lo mismo que con arte- aplicábamos los viejos conceptos médicos, que muchas veces, tenían también, a pesar de su empirismo, un fondo de admirable buen juicio. Hay- que mezclar el arte con la pura ciencia, para que el arte se haga, en- lo posible, exacto, y para que la ciencia pierda el peligro del desva- ríu dogmático. Y aún hay que añadir a la mezcla, a veces, un poco de - magia".

El efecto mágico de los medicamentos se estimula ya desde el principio mediante los nombres, así como con la presentación exterior. Los nuevos preparados son más eficaces y también su procedencia del - extranjero, y por supuesto su precio, suelen realzar su eficacia. Jo- res A. (11)

La premisa fundamental en el ejercicio clásico de la medici- na era la libre elección del médico. premisa de tal manera importante- que constituyó el primero de doce principios que, según la Asociación - Médica Mundial, debe ser salvaguardada en la medicina del porvenir, ne- solo en el ejercicio privado, sino también en la asistencia médica y en la seguridad social.

Tres características definían la profesión liberal que se -- practicaba hace apenas dos décadas: la independencia técnica y económi- ca, la calidad moral del médico y el no existir el afán de lucro. De -- ahí que la paga al médico lleve el nombre de honorarios, que deriva de- honor al servir y no de salario o remuneración.

La socialización ha puesto la actividad médica e trata de po- nerla al alcance de todos los hombres, cualquiera que sea su posición - económica. Este propósito no admite discusión: es solidaridad social - de la que todos debemos ser fervorosos partidarios.

En el ámbito de transformación histórica, el médico atraviesa per una situación angustiosa, pero opinar que es causada porque fué edu

cado para un ejercicio que le permitía enriquecerse y está descontento porque no puede hacerse rico en la actual medicina colectiva, es fruto de un examen superficial. En México, el médico nunca fué rico. La práctica privada anterior, sin horarios fijos, sin tabuladores, sin descansos, le procuraba consideración y respeto de sus semejantes, pero no le producía rendimiento económico proporcional.

Si el médico reclama emolumentos y justa retribución es para resolver su problema económico que para él, como para todos, es angustioso. Todos los hombres tienen el derecho de satisfacer sus necesidades materiales y espirituales y si su actividad profesional la matiza la idea de servicio, éste no lo convierte en un ser sin necesidades, pues, como todos los hombres, ha de hacer frente a ellas.

El médico, en la forma actual de la medicina colectiva, se regula por una "ficha" que le indica la hora de la consulta que ha de efectuar. No se ha pensado en su consentimiento ni en el del enfermo, no hay acuerdo de voluntades, hay un enlace extrínseco al pacto anterior que traía implícito, por parte del enfermo, someterse a las directivas que se prescribían, y por parte del médico, poner sus conocimientos al servicio de quien lo solicitaba. "La seguridad social (Sáinz Janini) - (12) asume la responsabilidad de escoger para sus beneficiarios, al médico, tanto por sus cualidades humanas, como por su capacidad profesional. El enfermo, por lo general, no está técnicamente preparado para juzgar sobre la capacidad profesional del médico que lo va a atender y que su elección la hace, casi siempre, por simpatía personal o por la recomendación de parientes y amigos, hay unos también del criterio para escoger al profesionista adecuado".

Ese pacto, que antes se efectuó a través de rostros concretos ha dejado de existir. Cuando el médico y el enfermo se encuentran, forman parte ya de un mecanismo antes iniciado. El médico tiene que atenderlo, porque "un contrato" que precede a su encuentro, substituye al acuerdo personal, el enfermo trata de aprovechar la consulta para ejer-

cer derechos adquiridos, aunque no sienta simpatía hacia la persona en cargada de atenderlo.

Las nuevas modalidades de ejercicio han producido en todo el mundo una ruptura de las antiguas relaciones entre médico y enfermo, entre médico y público. Se ha dicho y se ha repetido, que llevan a la deshumanización, a la despersonalización de la medicina. La verdad, es que nunca ha habido más interés en la persona humana que en la medicina de hoy. Lo que existe, es un desvanecimiento de la personalidad del médico dentro de la medicina Institucional. Pero el médico sacrifica difícilmente su individualismo.

Barquín M. (10) considera que " uno de los problemas más graves es la falta de una buena relación médico-paciente y las demoras que tiene que sufrir el enfermo antes de conseguir los beneficios de la Institución. Estas deficiencias tienen varias explicaciones, partiendo del supuesto de que los recursos sean suficientes; en primer lugar, se requiere que la prestación médica se otorgue siguiendo un trámite administrativo("El funcionario ideal cumple su tarea con un espíritu de formalidad - impersonal, sin enemistades ni pasión y por ello sin afecto ni entusiasmo" Blau P. (13) y por otro lado, la actitud del profesional de la medicina no favorece la relación, pues se adapta poco a la asimilación de las condiciones restrictivas que le impone la Institución Médica en lo referente a controles de puntualidad y permanencia o reglamentaciones limitativas del uso de auxiliares de diagnóstico o de medios terapéuticos, como son los Cuadros Básicos o listas de medicamentos.

Por otro lado, el médico observa que las Instituciones de atención médica, le restringen el campo de su actuación profesional privada y se siente más agredido, cuando no se le ofrece un puesto a tiempo completo con salario suficiente y condiciones de trabajo adecuadas en la Institución; en muchos casos, ni siquiera existe un escalafón nacional o forma justa de ascenso, sino que los puestos de cierta jerarquía no se ocupan como resultado de una superación técnica

ca o profesional, producto de selecciones o concursos de méritos en forma sistemática.

Esto lleva al médico institucional a adoptar una actitud de crítica permanente, de falta de colaboración y de desinterés por la labor que realiza la Institución. En otros casos, el médico lamenta la falta de participación no solo en los estudios en relación con los procedimientos y reglamentos que le son impuestos, sino en los campos de la docencia o de la investigación clínica y no en pocas ocasiones, se le sujeta al control de personal administrativo de escasa preparación o baja categoría, que adopta actitudes de agresión o de suficiencia en relación con los profesionales de la medicina.

En muchos casos, los médicos institucionales resienten el trato altivo y hasta soez que reciben de parte de los pacientes o de sus familiares, explicado, por una parte, por el bajo nivel educativo del enfermo, y por otra, por la sensación de que se les toma una parte del ingreso familiar y esta acción justifica un desquite. Este clima, desmoraliza a muchos médicos que inconscientemente sabotean la labor de la Institución médica y no pocas veces, tratan de ahuyentar a los pacientes, con la esperanza de que éstos se canalicen a la medicina privada, que muchos médicos practican con éxito.

Por otra parte, es fácil comprobar en muchos casos, que la falta de aliciente económico de recibir el pago de honorarios por el servicio y a cambio de éste, un salario, lo hace perder el interés por el enfermo y en muchos casos, tratarlo en forma despótica o autoritaria."

La contratación de los médicos per horas puede conducir a la burocratización y por otra parte, " se perfila ya, un proletariado médico, surtido de graves consecuencias sociales. " Soberón G., (14)

El médico institucional también tiene que enfrentarse a -- otro problema, el aumento de la actitud hostil del paciente a medida que también crece su status económico. Elizondo I., (15)

Taracena A. señala (16) " que la Medicina Institucional se torna cada día más costosa, no ha resuelto el problema de la asistencia médica en México y millares de médicos que no alcanzan la fama, - el honor, y la posición económica a que aspiran por tradición, pierden voluntad y se refugian en la indiferencia y el burocratismo, que de - ninguna manera es benéfica para la población, cuyas demandas crecen. Hace tres décadas, los médicos en general, veían con indiferencia y - aún con hostilidad el sistema institucional, pero dado el alto costo de la atención, lo que hizo más difícil el ejercicio de la medicina - liberal, tanto para los que la ejercían, como para los que la pagaban el médico recién egresado, sin especialidad alguna y sin clientela, - empezó a verse forzado a aceptar la medicina institucional, con frus- tación y sin perder la esperanza de especializarse y llegar a ser un grande de la medicina liberal."

Señala también, "el fenómeno surge entre la población - que tiene servicios de seguridad o asistencia social: por una parte, existe gran número de pacientes que sufren de padecimientos transi_ to rios no siempre necesariamente debidos a trastornos, pero en cambio, hacen necesaria la atención del médico visitador o médico familiar. En este caso, están muchos que se "enferman" después de una noche de diversión.

Por el contrario, otras veces se alzan para señalar, -- Sáinz Janini, (12) que la seguridad social también es humana para los que trabajan dentro de ella. " El médico no se siente solo nunca ante sus problemas, sino que cuenta con toda la ayuda (de la Institución) y con la protección de sus organismos sindicales. Goza de un salario estable y decoroso, que no es susceptible a los riesgos de enferme-- dad. Disfruta de una jornada limitada de trabajo, que le permite he- ras de esparcimiento, no sujetas a la intranquilidad de ser requerido en cualquier momento. Tiene períodos vacacionales bien programados, con la garantía íntegra de su salario, y sabe, además que cuenta con



una serie de prestaciones que le dan seguridad personal y protección familiar, aún después de su fallecimiento. Todas estas ventajas fueron traídas al médico por la seguridad social y prácticamente eran desconocidas antes de su advenimiento".

Sobre el binomio médico-paciente se ejercen presiones de la institución, de los familiares, las organizaciones de trabajadores, los patrones, e incluso hay que aceptar que ambos están inmersos en ambiente socio-cultural determinado. Es de interés, que al estudiar por medio de una encuesta realizada, la opinión de los derechohabientes Peimbert G., (17) del IMSS en 1963, se encontró que un 31% de quienes los juzgaban malos, jamás habían asistido a ellos.

Las presiones quizá vayan más lejos. Recientemente, se habla ya de la necesidad de legislar (18) respecto a la distribución geográfica del médico, tendiendo a una dotación equitativa en todas las localidades del país.

En contra de estas tendencias, el Código Internacional de Etica Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, Inglaterra, Octubre 1949) y a la cual están adheridas cuarenta y ocho naciones, estima, como prácticas no éticas, el "participar en un plan de asistencia médica en el cual el médico carezca de independencia profesional". (19)

Cabe señalar, que en México, algunos núcleos de la población y no pocos médicos, estiman que se ha socializado la Medicina y que el ejercicio profesional sólo se puede efectuar bajo formas burocráticas. Lazo Cerna H., (20) señala: "estamos muy lejos de tener una estructura política y gubernamental caracterizada por un sistema económico de comunidad, propio de los países socialistas. Para éstos, a los individuos es preciso darles los bienes en función de sus necesidades, situación que en México no rige. En cambio, seguimos el sistema capitalista, en que los individuos reciben los beneficios económi

cos en función de su capacidad. En nuestro medio aún existe el ejercicio profesional médico libre, que ni siquiera tiene un tabulador o un arancel, para el pago de honorarios, los que quedan fijados de acuerdo con la ley de la oferta y la demanda, de la capacidad, honestidad o prestigio profesional de los médicos. De ahí, que en nuestro medio profesional médico, existan desde millonarios, hasta el extremo opuesto. Concretamente, vivimos en anarquía absoluta de honorarios.

Dentro de nuestro régimen de libertad, cada quién se dedica al trabajo que más le acomode y respecto a los estudios, se admiten en las escuelas de medicina, a los alumnos que lo desean, sin una selección rigurosa, como la que se hace en los países socialistas, donde, a cada quien se le prepara para el trabajo donde pueda ser útil, no para el que quiere. No confundamos, pues, Socialización de la Medicina con Organización Social de Servicios Médicos, entidades diferentes del ejercicio profesional. "

Las nuevas modalidades del ejercicio de la Medicina, que han impuesto los cambios sociales y la transformación del mundo actual, ¿ hasta que grado la han modificado en su esencia?, la Medicina, ¿ va a seguir siendo la alta reminiscencia de un pasado mágico sacerdotal con juramento hipocrático, o un oficio técnico, y por lo tanto, el médico, un obrero cuyo patrón será el Estado?

La transcripción de todas estas opiniones en pro y en contra de una medicina institucional permitirá el tener libertad de elección y quizá, la justificación de la solución al problema asistencial dado por el gobierno de México y en general, por todos los gobiernos de los países llamados del Tercer Mundo.

Ante éstas circunstancias, muchas son las incógnitas que ahora se plantean, ¿Cuál es la actitud del médico institucional,? - ¿ se le toma en cuenta,? ¿ qué es lo que desea?, ¿ está satisfecho?, ¿ está frustrado?, ¿ su actitud es sana?, ¿ está prejuiciado?.

R E F E R E N C I A S.

- 1.- Alvarez J, Bustamante M., López A., y Fernández F.,:Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México.la ed., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1960 ,pag.213, 478,555.
- 2.- López E., Memoria Secretaría de Salubridad y Asistencia.la Reunión Nacional de Salud Pública. México, 1971.
- 3.- Asistencia: La Seguridad Social al área Rural. El Médico Moderno, XI, 5:86 (enero) 1973.
- 4.- Jiménez J.: Primera Convención Nacional de Salud. La Prensa , XLV, 16 549:(jul.17) 1973.
- 5.- Perfil socioeconómico del médico mexicano: El Médico Moderno, XI, 5: 15 (enero)1973.
- 6.- Situación de la Salud Pública. El Médico Moderno, XI,5:124 (enero), 1973.
- 7.- Ramos P., Díaz J., Alvarez J., y Alvarez J.; Proyección social del Médico. la Ed., México, Manuel Casas, Impresor. 1965,pags 18-49-65.
- 8.- Véjar C., Medicina tradicional y medicina moderna. Rev. Fac. Med., Vol. XII, 3:191-198. (may-jun) 1969.
- 9.- Marañón G.,: La medicina y nuestro tiempo. 3a. ed., Madrid. Espasa Calpe. 1963. pag: 17.
- 10.-Barquín M., Historia de la Medicina. Su problemática actual. la. ed., México. 1971. pag: 372.
- 11.-Jores A., El hombre y su enfermedad. Barcelona, Editorial Labor. 1960. pag: 84
- 12.-Sáinz Janini J., Objetivos humanistas en medicina y en la seguridad social. Rev. Fac. Med. Vol. XI,4:55-62 (jul-agosto) 1968.
- 13.-Blau P., La burocracia en la sociedad moderna. 2a ed., Buenos Aires, Euitorial Paidós. Pag:26.
- 14.-Soberón G.:Discurso inagural de la I Convención Nacional de Salud.

XLV. 16 549. 17 de julio 1973.

15.-Elizondo I.: Dos encuestas sobre actitudes. Editorial Trillas.

México. la ed., 1972. pag: 366.

16.-Taracena A.: Medicina institucional, cara e ineficaz, Excelsior. LVII,
III, 20 537. 19 de junio de 1973.

17.-Peimbert G.: Las relaciones humanas y públicas en las instituciones
de seguridad social. Revista Mexicana de Seguridad Social, Año
I, 4:107.

18.-Será necesario legislar para la mejor distribución de médicos. No-
vedades, I Convención Nacional de Salud. 18 de julio 1973.

19.-Círculo Médico Católico.: Actualización Deontológica de la Profesión
de Médico Cirujano. Laboratorios Lepetit. México 1958.

20.-Lazo H., La medicina Social en México. I.M.S.S. México, 1966.pag:
48.

EL MARCO TEORICO.

ACTITUD

FRUSTACION

PREJUICIO

Quienes más hicieron por la liberación del intelecto humano fueron aquellos pícaros que arrojaron gatos muertos - en los santuarios y luego salieron a trajinar por los caminos, demostrando a todos los hombres que el escepticismo, al fin y al cabo, no entraña riesgo: que el dios montado sobre el altar es un fraude. Una carcajada vale por diez mil silogismos.

Henry Louis Mencken.
(22)

I.- L A A C T I T U D .

Las actitudes han sido definidas de muy diversas maneras, Kimball Young, la señala como una "tendencia a la acción, es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa." (1)

Según Thomas y Znaniecki ("El campesino polaco en Europa y América"), sociólogos norteamericanos, "la actitud es un proceso de la conciencia individual, que determina una actitud real o posible por parte del individuo en el mundo social".

Para Duricheim, la actitud puede interpretarse entonces "como la contrapartida individual, la encarnación de la representación colectiva". Para él no hay conformismo social que no comporte toda una gama de matices individuales, es decir, los hechos psíquicos de orden individual, no son en gran parte sino prolongaciones de los primeros (la representación colectiva).

Humber y Dewey, definen la actitud, como "los aspectos subjetivos de la relación de un objeto sujeto a un nivel emocional". (2)

Para Allpert, "una actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizada a través de la experiencia, ejerciendo una influencia dinámica o directiva sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con que se relaciona". (1935) (3)

Rosemberg afirma: "La actitud es una respuesta afectiva relativamente estable hacia un objeto". (4)

Murphy sostiene que la actitud "es una manera primaria de tomar una posición, hacia o en contra de ciertas cosas". (5)

Para Katz y Stotland, la "actitud es una tendencia a disposición a evaluar un objeto, o el símbolo que representa en cierta manera." (6)

Murchinson señala que " es un estado neuropsíquico de disposición para la actividad mental y psíquica." (7)

Por otra parte, Bernard apunta que " las actitudes sociales , son actitudes individuales dirigidas hacia objetos sociales." (1930) (8)

Para Baldwin, "la actitud es la prontitud o presteza para la atención o acción de un género definido." (1901-1905) (9)

Cantril señala que "la actitud es un estado más o menos permanente, durable, de disposición o de organización mental, que predispone a un individuo a reaccionar de una manera característica a un objeto o situación, con la que se ha relacionado". (10)

En forma distinta, Kähler, sostiene que " desde el punto de vista de la psicología de la Gestalt, un cambio de actitud involucra -- una tensión fisiológica definitiva, ejercida sobre un campo sensorial -- por un proceso que se está originando en otras partes del sistema nervioso." (1929) (11)

Mientras que Bogardus señala que " una actitud es una tendencia a actuar hacia o en contra de algo en el medio ambiente, que viene a ser un valor positivo o negativo." (1931) (12)

Según Newcomb (13) hay que diferenciar, entre los motivos y las actitudes, por ello afirma que la distinción entre éstos es muy simple en cuanto que las actitudes van a parecer únicamente en seres humanos "racionales", mientras que los motivos son factibles de estudiarse, tanto en animales como en hombres. Además, el motivo es diferente de la actitud, ya que ésta no se caracteriza por un estado de tendencia, sino que solo se refiere a la posibilidad de que un tipo dado de motivo, puede suscitarse. Un motivo es más específico que una actitud, y éstas se presentan más persistentemente a lo largo de la existencia del individuo; por lo tanto, en cuanto a la meta, los motivos la tienen mediata , mientras que la actitud necesita una serie de motivos que estén centralizados alrededor de un objeto o símbolo.

Según Thurstone, "una actitud es el grado de afectividad positiva o negativa, que se tiene frente a un objeto psicológico; es decir, es una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia cierta clase de objetos. Las opiniones son las verbalizaciones de estas actitudes". (1946) (14)

La actitud, según Jones y Harold (1967) (15) se va a clasificar en dos puntos principales, que son:

- a) en cuanto que son disposiciones hacia los objetos que pertenecen a ciertas categorías cognitivas, promueven una economía ajustable al proveer al individuo de una base para hacer ejercicios y decisiones, y
- b) las actitudes conceden al individuo una mayor estabilidad y predictibilidad social, haciendo posible las interacciones humanas.

Según Newcomb (1965), las actitudes, como han sido definidas anteriormente, presentan dos características principales, que son: la dirección de la actitud y el grado de afectividad que presenta; por dirección, las actitudes se conciben como negativas o positivas, por lo tanto se supone que la gente se predispone positiva o negativamente hacia las cosas, por grado de afectividad, se concibe que los objetos parecen extremadamente deseables o indeseables, dependiendo de las categorías con que se vaya a clasificar a las actitudes. (13)

Para Noyes, por actitud se entiende "una predisposición continuada para reaccionar de una manera característica hacia un tipo de persona o de situación. Las actitudes son, en gran parte, determinadas por el estado sentimental, y pueden adquirirse consciente e inconscientemente". (16)

Según Whittaker J., "la actitud es una predisposición o facilidad para responder de manera predeterminada a los estímulos pertinentes" (17)

Sherif y Sherif (18) (1956) han sugerido que las actitudes pueden ser diferenciadas de otras predisposiciones (grupos o hábitos) y de otros factores motivantes (emociones o necesidades fisiológicas) de acuerdo con el siguiente criterio:

1.- Las actitudes son aprendidas (hambre→fisiológico. Preferir mariscos→actitud).

2.- Las actitudes son más o menos duraderas.

3.- Las actitudes implican relaciones entre sujeto y objeto (se forman en relación a un estímulo específico identificable, y nuestra relación con respecto a los grupos específicos, problemas e individuos determinados, se revela por medio de ellas).

4.- Lo referente a una actitud puede comprender un pequeño o un gran número de cosas. (Actitud hacia la Iglesia Católica, actitud hacia los negros).

5.- Las actitudes tienen propiedades motivadoras-afectivas (actitud hacia Dios, la familia).

Señala Kimball Young que "el término actitud fue usado primero para indicar una predisposición motriz y mental a la acción, después se le empleó para señalar tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas. Algunos autores han usado el término actitud para referirse a la vida interior-la masa aperceptiva de ideas, opiniones y disposiciones mentales- en contraste con las pautas y hábitos manifiestos.

Señala tres rasgos propios de una actitud:

1.- Están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención.

2.- Expresan una dirección, se caracterizan por implicar acercamiento o alejamiento, gusto o disgusto, reacciones favorables o desfavorables, amores u odios, y como éstos están dirigidos a situaciones específicas o generalizadas.

3.- Están vinculadas con sentimientos y emociones. En las actitudes intervienen asociaciones de agrado o desagrado respecto de un objeto o situación. Las actitudes son hábitos internos, en su mayor par

te inconscientes, e indican las tendencias reales de la conducta manifiesta mejor que las expresiones verbalizadas, llamadas opiniones.

En resumen, define la actitud "como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas".

Para A.P.Weis (conductista extremo), la actitud es "la conducta relativamente estable de una persona en tanto que afecta su status - entendido éste, como la posición del individuo en el seno de un grupo social".

Allport (1935) cree que todas las actitudes se forman, por lo menos, en una de las siguientes cuatro condiciones:

1.- La acumulación e integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí.

2.- La individuación y segregación de experiencias. (A medida que se presentan nuevas experiencias, éstas pueden tender a formar ciertas actitudes más específicas).

3.- Traumatismos o experiencias dramáticas.

4.- La adopción de actitudes convencionales. El individuo desarrolla actitudes por el contacto con otras personas que sostienen la misma actitud, más que como resultado de una experiencia inmediata.

Murphy y Newcomb (1937) (19), después de revisar las investigaciones sobre actitudes sociales, llegan a la siguiente conclusión: "Las actitudes son rara vez asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que se debe mayor simpatía. Las variaciones individuales, tales como la edad, el sexo y diversas características personales, tienen mucho que ver con la naturaleza del grupo con el que se afilia el individuo, y con el grado y permanencia de esa afiliación. La expe--

riencia individual, ya sea de naturaleza accidental u ocasional, por una parte, o la ocasionada en el hecho de pertenecer a determinadas familias o comunidades residenciales, es también decisiva para determinar la simpatía hacia determinado grupo. Esto, de ninguna manera, niega la importancia de los factores puramente psicológicos. Pero las pruebas experimentales con las que se cuenta, han llevado a la conclusión de que estos factores psicológicos son eficaces, en gran parte, por su poder para escoger esta afiliación de grupo en lugar de otra cualquiera; para reaccionar a ellas con mayor o menor intensidad, y en cierto grado, quízá para modificarla.

La psicología social de las actitudes, es la sociología de la actitud iluminada por la comprensión de los factores psicológicos que determinan la susceptibilidad individual a las influencias de grupo.

Señala Kimball Young, que frente a la variedad de las acciones sociales, siempre pareció necesario crear categorías que permitieran reducir la innagotable diversidad de la experiencia a tipos comunes al par que hallar sus causas más generales.

El clásico representante de la escuela psicológica en Europa es Tarde; según él, las fuerzas sociales pueden reducirse a dos: creencias y deseos; si a éstas se agrega la sensación se tienen todos los elementos de la psique individual. Hay cuatro procesos sociales: Invención, imitación, oposición y adaptación. Toda invención -siempre de origen individual- tiende a producir una ola de imitación; a veces, esta ola choca con otra de sentido contrario, dando lugar a los procesos restantes: de oposición (si hay lucha) o de adaptación (si hay fusión) de las dos olas. Este último proceso equivale a una nueva invención, la cual a su vez, origina nuevas imitaciones, etc. Lo que así se difunde (el contenido de los procesos) son creencias y deseos. Según Tarde, creencias y deseos son de carácter cuantitativo. Son susceptibles de más y de menos, pueden asumir valores negativos; por consiguiente, pueden ser medidos.

Teorías psico-sociales semejantes se encuentran en los sociólogos Small y Mard. Para éste, el problema central reside en la explicación de la incesante transformación social y en la determinación del papel que corresponde a la inteligencia humana en la dirección de este proceso evolutivo. Small formula un concepto análogo a los anteriores, el de interés: " Los intereses son una capacidad no satisfecha correspondiente a una condición no realizada y consisten en una predisposición a reajustes capaces de tender a realizar dicha condición ".

A estos análogos conceptos del psicologismo, se agregaron más tarde los instintos. El representante clásico de ésta corriente es McDougall, el cual veía en los instintos el fundamento necesario sobre el cual se apoyan los hábitos sociales.

Concepciones introspectivas y conductismo se encuentran en el origen del concepto de Actitud. Después de la difusión alcanzada por la teoría instintivista, se presentó la reacción por parte del conductismo, interpretando la actitud como una pauta de conducta o " unidad de comportamiento", haciendo lugar a los factores originarios del individuo y abandonaba el instinto como cuadro de referencia para la captación de los hechos concretos que insistía en la observación de la conducta exterior sin olvidar la necesidad de la fase introspectiva para interpretar el significado de esa conducta.

Para otros, es evidente que las acciones humanas deben ser interpretadas en función de significados, que la mera observación del acto exterior no proporciona. Por otra parte, la actitud no se agota en la acción misma, sino que es una forma relativamente estable que se reproduce cada vez que se representa la correspondiente configuración, de ahí lo importante de postular una "disposición", una "tendencia a actuar", con lo cual tiene nuevamente cabida un elemento de introspección.

En la sociología norteamericana, la actitud fué introducida por W.I. Thomas y F. Znaniecki, (20) en su ya mencionada investigación

sobre El campesino polaco en Europa y en América. Introdujeron las nociones de "valor social" y de "definición de la situación". Por valor social entienden "todo dato que posea un contenido empírico accesible a los miembros de algún grupo social y un significado con relación al cual sea o pueda volverse objeto de actividad". La actitud se define entonces, en función de los valores sociales; por actitud entienden "un proceso de la conciencia individual que determina una actividad-real o posible por parte del individuo, en el mundo social". La actitud no solamente es social por su objeto-el valor- sino también por su forma en ella influye de manera decisiva la sociedad que impone modos específicos de "actitud" en todas las esferas de la vida social, "define la situación" para el individuo y la define de manera coactiva.

Thomas señala que previamente a todo acto voluntario existe una fase de exámen y deliberación que llama la "definición de la situación". Todo el plano vital y la personalidad del individuo surge de una serie de definiciones de éste tipo. Estas no son creadas ex novo por el individuo. El niño encuentra al nacer, que la sociedad posee "reglas de conducta" ya establecidas. Se produce siempre, por consiguiente, una rivalidad entre las definiciones espontáneas hechas por un miembro del grupo de una sociedad organizada y las definiciones que la sociedad se encarga de proporcionarle. Wiese desarrolló las nociones de distancia social y de espacio social; según él, la actitud es una de los factores del proceso social. Toda interacción humana consiste en modificaciones de la distancia social (acercamiento y alejamiento). El espacio social es el lugar en que acontecen los procesos sociales y se configuran las relaciones sociales.

El concepto de actitud constituye un cuadro de referencia necesario para el estudio de los hechos sociales contemporáneos. La antítesis individuo-sociedad se resuelve metodológicamente con la noción de actitud, pues ésta recerta una serie de hechos que pueden ser tratados empíricamente, ya sea en función de variables sociales, o bien, en función de variables individuales.

En teorías recientes la actitud se interpreta como variable - "interviniente".

Newcomb representa a la actitud como el mecanismo individual a través del cual las influencias biosociales y socioculturales se traducen en la conducta manifiesta de un individuo.

Sherif y Cantril destacan el carácter de relativa permanencia que debe poseer la actitud. Una inclinación momentánea no puede clasificarse en esta categoría; la actitud expresa un rasgo de la personalidad, aunque el arraigo que presenten las actitudes de un individuo pueda ser de muy distinta intensidad y grado. En segundo lugar, señalan que toda actitud supone una relación de sujeto a objeto, siendo éste último siempre un objeto sociocultural, material e inmaterial, personal o un complejo de todos ellos: objetos materiales, individuales, personas y grupos -- (una institución). La actitud es adquirida y tal adquisición implica siempre un contacto con su objeto en una situación perceptiva. Con ello se señala la existencia de una etapa perceptiva en la formación de las actitudes. Este desarrollo se debe, sobre todo, a la influencia de la psicología de la forma, cuya orientación ha incidido profundamente en esta parte de la psicología social. Por último, los dos autores señalan el carácter afectivo que es inseparable de la actitud, aunque su intensidad pueda variar ampliamente en cada caso. En la actitud hay entonces, dos elementos - carga emocional y fase perceptiva - que intervienen necesariamente; por ello, la distinción que proponen D. Krech y R. S. Crutchfield entre creencias y actitudes parece ser muy conveniente. La creencia es una "organización durable de percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo", mientras que la "actitud es una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo", e sea que toda actitud supone un elemento cognoscitivo, - la creencia; en realidad, la actitud es una creencia adicionada de car-

ga afectiva y volitiva, mientras que la creencia es emocionalmente neutra.

Toda personalidad social, o de carácter social, según la expresión de Fromm, implica un sistema más o menos coherente de actitudes. El sistema de actitudes (que podrían llamarse básicas) representan el modelo o patrón de las actitudes reales que los individuos poseen por el hecho de su pertenencia a un grupo. Estos esquemas van formándose desde el nacimiento y son, los que en definitiva, llegan a constituir el tejido mismo en el que va a recortar el yo, la autoidentidad del individuo. Como lo demostró teóricamente G. H. Mead, el sí mismo (self) se constituye en la interacción y desde su mismo proceso formativo, se integra por todas sus especificaciones, por todos sus status y por los roles correspondientes.

Para Leo Kanner, (21) las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes:

1.- Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones y así es como las ve el observador.

2.-El significado que tiene una situación para el individuo, depende menos de sus factores reales, " objetivos", que de la forma en que aparece ante él y de la impresión que le produce, o sea de la actitud que el individuo asume ante la situación.

3.- Las actitudes se desarrollan. Unas veces, el origen se ve claramente, pero otras veces, está incrustado en relaciones anteriores.

4.- Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

El conjunto de actitudes de un adulto se construye sobre dos fundamentos integrados:

1.- La base de su experiencia que la psicología y el psicoanálisis hicieron más comprensible.

2.- El ambiente de su actitud, la " cultura" cuyo carácter y efectos fueron estudiados por sociólogos y antropólogos.

Ninguno de éstos factores puede existir ni ser adecuadamente comprendido sin el otro. Kardiner señala que " el individuo se encuentra en el punto medio entre las situaciones que modelan y dirigen su adaptación al mundo exterior, y las necesidades biológicas que le exigen satisfacción. Este concepto da una gran importancia a las instituciones y destaca el valioso papel que desempeñan en la creación de los mecanismos de adaptación de las personas".

Para estudiar los prejuicios , Bogardus (1924), ideó una serie de declaraciones que representan diferentes grados de intimidad social en grupos sociales variables. Esta prueba particular solo tiene valor para el estudio de actitudes que se relacionan con los prejuicios raciales o étnicos.

La evaluación de actitudes de individuos y de pequeños grupos presenta problemas particulares. El estudio de la actitud se ocupa de distintos asuntos: 1) la redacción de cuestionarios, 2) la naturaleza de las actitudes medidas por ellos, 3) los factores que han influido en esas actitudes y 4) las maneras en que pueden ser modificadas.

1.- Existen, hablando en general, dos tipos de cuestionarios. Uno está destinado a medir las actitudes de gusto y disgusto hacia otros grupos- la " distancia social", como a veces se les llama; el otro, a medir actitudes hacia temas tales como la guerra, la religión, el comunismo, o el matrimonio de compañerismo.

La medición de actitudes hacia temas generales es asunto mucho más complicado. Implica la recolección y evaluación de proposiciones adecuadas con las cuales el sujeto debe indicar su acuerdo o desacuerdo.

Escala de las actitudes de Thurstone.- Al construir una escala para medir la actitud hacia un problema o grupo específico, el primer

pase comprende la necesidad de reunir gran número de declaraciones que representen diversos puntos de vista o posiciones acerca del problema. Estas declaraciones son entonces entregadas a cierto número de jueces a quienes se pide que las seleccione formando "categorías", según el punto de vista o la posición representada por cada declaración. Por lo tanto, las declaraciones que representan las situaciones más extremas sobre determinados problemas, deben ser colocados en los grupos finales, mientras que los que representan puntos de vista neutrales o moderados, deben ser colocados en las pilas de en medio.

Cuando existe considerable disparidad de opinión entre los jueces acerca de la posición o punto de vista de una declaración particular, esa declaración es descartada. La escala final, entonces, está compuesta de once o más declaraciones que representan posiciones claramente definidas sobre el problema. A cada una de éstas declaraciones finales, se le asigna entonces un valor en la escala, basado en la posición media de la escala proporcionada por los jueces.

Cuando se maneja, se pide a determinados sujetos que marquen todas las declaraciones con las cuales están de acuerdo. Por lo tanto, para cada sujeto se computa una posición en la escala como promedio de los valores de la escala, en todos los asuntos que ha marcado.

El método de Thurstone de estudiar las actitudes, tiene un gran número de ventajas. Primero, permite la cuantificación de la actitud de que se trata. En otras palabras, permite medir las actitudes cuantitativamente. Segundo, proporciona un método de construir escalas en que los asuntos que componen la escala, están colocados a intervalos aproximadamente iguales uno de otro. Tienen también, ciertas desventajas, tales como lo indiscutible de la intención que se encuentra en todas las otras llamadas técnicas directas para medir las actitudes.

Escala de actitudes de Likert.- Como en el caso de la escala de Thurstone, la construcción de ésta escala, comprende primero la reco-

lección de cierto número de declaraciones con respecto al asunto particular de que se trata. Estas declaraciones son entonces presentadas en vía de prueba a un número de sujetos a quienes se pide responder a ellas exactamente de la misma manera que podrían responder a la escala completa. A cada sujeto puede asignársele una calificación sencilla cuantitativa, como en la escala de Thurstone.

Medida indirecta de las actitudes.- Uno de los mayores problemas que interviene en el empleo de la escala de actitudes, como la presentada, es que los sujetos pueden no ser verídicos en las respuestas. Si alguien desea saber lo que un individuo determinado piensa acerca de la integración racial en las escuelas, el encuestado puede responder que favorece la integración, a pesar de que de hecho tiene algunas reservas acerca del problema. En muchas partes, la expresión abierta de las actitudes del prejuicio, no es socialmente aceptado; por lo tanto, los entrevistadores que plantean preguntas directas, pueden recibir respuestas que reflejan las normas sociales prevalentes, pero que no son las actitudes genuinas.

Para evitar éste problema, los investigadores recientemente han vuelto al empleo de los métodos de medición que son de indirectos e de naturaleza disfrazada. Proshansky (1943) por ejemplo, ha empleado este tipo de artificios para estudiar las actitudes con respecto a los problemas de trabajo. A los sujetos se les mostraron cuadros de trabajadores en distintas situaciones de conflicto y se pidió describir de qué trataba el cuadro, en otras palabras, hacer historias referente a cada cuadro.

La suposición que interviene en éste tipo de medidas de actitudes es " que cuando un sujeto hace una interpretación específica, particularmente si lo hace así de un modo repetido y persistente, ésta interpretación es determinada, no por algo que existe en el cuadro, sino por algo que existe en el sujeto mismo" (Newcomb, 1950).

En otro estudio, Hammond (1948), empleando un modo indirecto

de abordar las cosas, demostré convincentemente, que los sujetos responden de un modo diferente si es evidente que el investigador está estudiando de actitudes que cuando el sujeto no se percata del objetivo real de esta investigación. Hammond encontró que si a los sujetos se les decía que el objeto de la prueba era medir las actitudes hacia el trabajo y las actitudes hacia un país determinado (Rusia), sus respuestas diferían de un modo significativo de las de otros sujetos a quienes se les dijo simplemente que la prueba era para medir la cantidad de conocimientos que poseía la persona. Se establece una diferencia, por el hecho de que el sujeto sepa o no que sus actitudes están siendo estudiadas.

Varios problemas se hallan involucrados en la cuestión de si los test verbales realmente prueban las actitudes con eficacia. En primer lugar está el simple problema del engaño voluntario. Siempre se debe tener presente que la conducta de una persona esta en todo momento influida por la situación social en que se halla, lo que significa que las interferencias a partir de un test de actitudes será fatalmente precarias. Existe, por supuesto, una considerable consistencia entre lo que se dice y lo que se hace, pero no siempre se pueden prever las características particulares de la situación social que harán la diferencia en el comportamiento manifiesto.

Los resultados de la investigación del antisemitismo llevada a cabo por Frenkel-Brunswick y Sanford en la Universidad de California, muestran cuánto están influenciadas las actitudes hacia otras " razas" por motivaciones inconscientes, agresividad reprimida y actitudes hacia los padres. Hablando en general, los que tienen muchos prejuicios no han solucionado sus problemas íntimos con tanta eficacia ,como los más tolerantes.

En lo que respecta a la naturaleza de las actitudes, el punto de interés es la relación entre una actitud hacia un tema y otra actitud hacia otro, dependiendo del tema de que se trate, pueden existir constelaciones de actitudes. Para evitar un lenguaje que implica que -

una actitud es algo dentro del individuo, se puede decir que, con respecto de cualquier tema de alcance regularmente cierto puede reunirse un grupo de proposiciones tal, que es posible que el acuerdo o desacuerdo con una esté acompañado por el acuerdo o desacuerdo con todas. Todas ellas, sin embargo, deben ser de la misma generalidad o especificidad. Los resultados pueden variar por falta de lógica, pero también porque "las circunstancias alteran los casos". Otra fuente de una alta correlación entre los resultados de actitudes, puede provenir de la gente que ha sido educada en un ambiente en el cual existen dos tipos de actitudes como parte de la atmósfera de ese medio.

En lo que se refiere a la cuestión de saber cuáles son las circunstancias que influyen en las actitudes, puede decirse que las actitudes están determinadas por la cultura en que se vive. Sin embargo, dentro de cada cultura dada, hay muchas diferencias. Las actitudes de cualquier persona dada son productos de lo que ha sido puesto frente a ella y de sus propias respuestas a esa realidad.

La mayor parte de las actitudes son expresadas verbalmente más que mediante otras formas de conducta manifiesta.

Se han realizado numerosos estudios para descubrir si el sexo o la edad se correlacionan con la actitud. Las actitudes no son cosas vinculadas con el sexo o que cambian automáticamente con la edad. Se adquieren en el proceso de intercambio social. Si el rol de una muchacha es diferente del de un muchacho, entonces la actitud de ella hacia un problema pertinente probablemente será distinta de la del muchacho. Estas diferencias de sexo existentes no pueden, por lo tanto, universalizarse; están ligadas a las circunstancias culturales pertinentes que conciernen al caso en el momento en que se realizó la investigación.

Lo mismo sucede con la edad. En la medida en que se trate de la inteligencia y la actitud, se aplican casi las mismas consideraciones. Las características tales como el status socioeconómico son -- más significativas como determinantes de las actitudes.

En la cuestión del "prejuicio racial", Allport y Kramer hallaron que los sujetos con prejuicios informaron que habían tenido experiencias desagradables con grupos minoritarios. Esto, sin embargo, no es lo único que importa. Si no hay una actitud predominante hacia cualquier grupo minoritario, es posible que un contacto amistoso u no con sus miembros pueda dar como resultado una actitud general hacia el grupo. En ausencia de sentimientos específicos respecto a un grupo dado, existe por lo común, un sentimiento general a favor o en contra de las minorías. Esto es válido especialmente en los casos en que existe una actitud predominante; el contacto se experimenta, por así decirlo, a través de la actitud.

Si el prejuicio es inicialmente débil, la experiencia amistosa puede trastocarlo, en especial, cuando la experiencia significa -- ver bajo una nueva luz al miembro del grupo hacia el cual se dirige el prejuicio.

Difícilmente algún contacto con otras personas está "libre de actitud". El resultado final es que la base inicial de la formación de actitudes está en el hogar. En la medida en que el niño entra en la órbita de otras instituciones y asociaciones, se le imponen nuevas presiones y se abren nuevas posibilidades para satisfacer sus propias necesidades privadas. Sin embargo, su desarrollo es contínuo y cada nueva experiencia es lo que es a causa de la actitud con la cual se le recibe. El efecto de la nueva experiencia será función del vigor de la actitud suscitada, de la naturaleza del estímulo mismo, y de la atmósfera de opinión predominante que constituye su contexto.

En la adquisición de actitudes están implicadas la presión de expresiones de otras personas, las peculiaridades propias de cada individuo y el contexto particular del momento; por lo tanto, ningún método para modificar las actitudes es universalmente efectivo.

Para Lewin y Grabbe, señala Sprott, "la reeducación influye en la conducta sólo cuando el nuevo sistema de valores y creencias

domina la percepción del individuo. La aceptación de un nuevo sistema se vincula con la aceptación de un grupo específico, de un rol particular, y de una definida fuente de autoridad como nuevos puntos de -- referencia."

Para Sprott, "el malestar de tanta gente en la actualidad se debe en parte a que se debe buscar a tientas y por sí mismo las - opiniones y actitudes, las noticias no son fáciles de interpretar, y no se está fortalecido por la inclusión en algún grupo que tenga una clara visión que se pueda compartir."

En años recientes ha surgido la controversia sobre la forma más eficaz de mejorar la adaptación: mediante una reorientación interna que modifique las actitudes frente a la experiencia, o modificando las condiciones externas con miras a reducir las tensiones. Los educadores y los terapeutas están divididos en dos bandos principales uno de los cuales da la primacía al cambio del ambiente, con el fin - de liberar al individuo de presiones sociales, y el otro busca cambiar el punto de vista del individuo, de modo que asimile las experiencias de la niñez y de la vida adulta, aunque sean potencialmente - dañosas y se encamine hacia una existencia más plena.

Los estudios científicos y las observaciones sistemáticas, tanto acerca de los primeros años del infante como sobre períodos ulteriores, muestran variaciones en el ánimo, la disposición y el tono afectivo con que se encara la realidad. Además, algunas personas, -- per grandes que sean las presiones externas, se muestran animadas y optimistas, mientras que otras, a la menor dificultad, se sienten deprimidas y parecen abrumadas por el problema que gravita sobre ellas.

Quizás la adaptación consiste en tener la tendencia a hallar grata la experiencia, y la inadaptación en la disposición opuesta.

Al plantear la cuestión de si hay que habérsela con una - tendencia generalizada de las actitudes a tomar una dirección parti-

cular, o con actitudes específicas frente a experiencias particulares, es posible puntualizar que una actitud general resulta de una suma de actitudes parciales que ha llegado a estabilizarse por vía acumulativa.

El gusto o el disgusto y la tónica agradable o desagradable del trabajo no son el resultado de una reacción fortuita ante una experiencia inmediata, sino también la resultante de reacciones y estímulos específicos estrechamente relacionados en el pasado, que han quedado ligados entre sí convirtiéndose en actitudes más generalizadas.

Los resultados sociales de un trabajo temporalmente desagradable pueden ser muy buenos. Generalmente, de ellos surge en última instancia una orientación positiva hacia la experiencia; además, el sentimiento de disgusto sólo por excepción tiene tal magnitud que destruya la motivación produzca retraimiento en la lucha con el ambiente.

Efectos de las comunicaciones persuasivas. Los estudios de las comunicaciones persuasivas generalmente se han enfocado en uno de cuatro problemas: 1) la índole de ésta comunicación; 2) las características del auditorio; 3) la eficacia de las diversas fuentes de comunicación; y 4) las relaciones existentes entre el punto de vista de la comunicación y la actitud o punto de vista de la persona que escucha.

En conexión con la comunicación misma, se ha investigado si es mejor presentar las dos fases del argumento o solamente una de ellas; cuál debe presentarse primero si se presentan los dos aspectos; cuando son arreglados los argumentos, si deben ser presentados al principio o al final los más importantes; si son más eficaces las llamadas basadas sobre puntos emocionales o las llamadas basadas en los hechos. Los resultados indican que la eficacia de los argumentos unila-

terales contra los argumentos bilaterales dependería de las creencias iniciales del sujeto.

Los estudios que tratan de las características del auditorio que determina la eficacia de comunicaciones específicas, han sido empleados para investigar, si la persona tiene que creer primero en la integridad de quien trata de persuadirlo, para poder creer en el mensaje que éste le transmite; si es menos importante la creencia en la integridad de la persona que trata de persuadir para cambiar cierto tipo de opiniones; si debe el auditorio conocer el punto de vista exacto de la persona que presenta los argumentos. Según Havland, Janis y Kelley, (1935), la credibilidad del origen de la información es un factor muy importante, en lo que se refiere a determinar la eficacia de esa comunicación para provocar cambios de actitud.

La cuarta categoría de estudios que ha atraído considerablemente la atención entre los investigadores de este problema, tiene que ver con las relaciones que existen entre los cambios de actitud y la discrepancia existente entre la posición de la comunicación y la actitud y puntos de vista del sujeto. En otras palabras, se plantea si el cambio de actitud es mayor cuando la persona que comunica pide cambios radicales o es mayor cuando solamente se pide un cambio moderado.

(Wittaker, 1963-1964). Se ha observado que las pequeñas discrepancias dan como resultado cambios de opinión positivos pero despreciables, mientras que las discrepancias moderadas dan como resultado cambios significativamente mayores. Las grandes discrepancias causan cambios despreciables, positivos o negativos, y las discrepancias extraordinariamente grandes, dan como resultado cambios grandes negativos, o sea, un "efecto en boomerang."

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Kimball Young, Flügel J. y col.: "Psicología de las actitudes." Ed. Paidós. Buenos Aires 1967.
- 2.- Dewey R., & Humber W.J.: "An introduction to social Psychology. Collier MacMillan. New York, 1951. Citado por Liberman S.: "Teorías sobre el cambio de actitudes". Tesis profesional. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. U.N.A.M. - México, 1968.
- 3.- Allport G.: " Social Psychology". Boston Houghton Ed. Ibídem # 2
- 4.- Rosenberg, Abelson R.: " An Analysis of Cognitive Balancing". Houland and Rosenberg Eds. "Attitude Organization and Change". New Haven, Yale Univ. Press. 1960.
- 4.- Rosenberg M.J. et al.: " Attitude Organization and Change". New Haven and London. Yale Univ. Press. 1960.
- 5.- Citado por Liberman S. Ibídem # 2 .
- 6.- Ibídem # 2
- 7.- Ibídem # 2
- 8.- Ibídem # 2
- 9.- Ibídem # 2
- 10.- Ibídem # 2
- 11.- Ibídem # 2
- 12.- Ibídem # 2
- 13.- Newcomb T.: "Manual de Psicología Social. "Eudeba. Buenos Aires II T. 1956.
- 14.- Thurstone L.L.: "The Measurement of Attitude". The Univers. of Chicago Press. Ibídem # 2
Thurstone L.L. and C.E.: " The Measurement of Values". Univer. - of Chicago Press. 1959. Ibídem # 2

- 15.- Jones E.E. and Harold B.G.: "Foundations of Social Psychology"
John Wiley and sons. New York 1967.
- 16.- Noyes A.: Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México 1951. pp 91-92.
- 17.- Whittaker J.: Psicología. Ed. Interamericana. pp 145.
- 18.- Citados por Whittaker J.
- 19.- Citados por Whittaker J.
- 20.- Ibídem # 2.
- 21.- Kanner L.: Psicología de las Actitudes. Ed. Paidós. Buenos Aires 1967.
- 22.- Mencken H.L.: Prentuario de la estupidez y los prejuicios humanos. Garnica Ed. Buenos Aires. 1971. pp 141-142.

II.- L A F R U S T A C I O N .

Ya hace más de cincuenta años, Herman Bahr llamaba la atención sobre la función Escapista de la agresividad y sobre su capacidad para suavizar los desengaños y frustraciones de la vida.

Para Allport G. (1) parece innegable que la respuesta instintiva del hombre a la frustración, es la autoafirmación agresiva de algún tipo. Desde la infancia y a través de toda la vida, persiste la tendencia a dirigir la ira contra los objetos disponibles y no contra los objetos lógicos (desplazamiento).

Aunque la secuencia completa es "frustración-agresión-desplazamiento", actualmente se habla simplemente de la "hipótesis de la frustración-agresión". La teoría del chivo emisario (cabeza de turco), probablemente la más popular de las que explican el prejuicio, se basa exclusivamente en esta hipótesis.

Fuentes de la frustración.-Constitucional y Personal.- - La insatisfacción crónica de las necesidades, incluyendo la autoestima (necesidad de status) puede mezclarse con actitudes hacia exogrupos.

En general, los defectos constitucionales, las necesidades orgánicas agudas y la enfermedad, no parecen estar asociados de manera demostrable con el prejuicio, a menos que se entremezclen con la vida social del individuo. El prejuicio es un hecho social y parece requerir un contexto social. Si hay frustraciones, ellas han de tener una connotación social.

Frustraciones dentro de la familia. Si bien es cierto que la evidencia señala que el prejuicio se asocia con frecuencia a desórdenes familiares, sería un error el suponer que los conflictos fami-

liaras producen invariablemente hostilidad hacia los exogrupos. La -- mayoría de los conflictos familiares se manejan de tal manera que no tienen alcance alguno sobre el prejuicio. Sin embargo, en algunos casos, es evidente que existe esa relación.

Comunidad inmediata. La vida en ambientes educacionales, -- comerciales o militares, puede ser, y a menudo lo es, aún más frustrante que la del hogar. Una mezcla de frustraciones experimentadas en el hogar y en la escuela pueden llevar al prejuicio. Queda establecido -- que existe una relación entre la frustración y el prejuicio. La secuencia frustración-agresión-desplazamiento también ha sido demostrada experimentalmente.

Comunidad mediata. Existen muchas frustraciones que surgen en conexión con condiciones de vida más amplia, sobre todo en aquellas culturas intensamente competitivas, en las que es muy importante el -- alcanzar altos niveles de realización y status social. Es un hecho -- bien establecido que las actitudes hacia los endogrupos tienen a acen-- tuarse en períodos en los que reinan la inseguridad y la frustración, como consecuencia de algún cambio social de proporciones.

Tolerancia a la frustración.- Si bien está abundantemente -- probado que existe algún tipo de relación entre la frustración y el -- prejuicio, no todos aquellos que se han frustrado albergan prejuicios. La gente maneja sus frustraciones de diferentes maneras y algunos las soportan con mayor tolerancia que otros. Puede ser que las personas -- con muchos prejuicios sean siempre, en todas las situaciones, más sus-- ceptibles a la frustración; puede existir quizá una irritabilidad cons-- titucional en su naturaleza, o también, las personas muy prejuiciosas pueden tener una necesidad especial de status y ansiar la consideración de quienes los rodean; cuando la situación coarta esta necesidad de re-- laciones positivas, esas personas muestran gran inquietud. Por último, puede ser que el factor diferencial sea algún tipo de control inter-- no. Aquéllas que tienen prejuicios carecen de la resignación, o de --

la actitud "filosófica", que poseen las personas con escaso prejuicio. Pero no importa mucho cuál de estas explicaciones es la válida. Todo indica que los individuos prejuiciosos tienen una mayor susceptibilidad para la frustración que los individuos tolerantes.

Respuestas a la frustración.- Si bien por un lado, existe una abrumadora evidencia de que las frustraciones pueden engendrar -- hostilidad contra exogrupos a través del desplazamiento de la agresión, por otro lado no hay que darle una gravitación indebida. No es cierto que la frustración siempre lleva a un tipo de agresión. Si -- fuera así, todos los seres humanos (porque todos son frustrados) albergarían vastos acopios de agresión y estarían propensos al prejuicio.

La reacción más común ante la frustración no es de ningún modo la agresión, sino un simple y directo intento por superar el obstáculo que se interpone. La respuesta del niño pequeño a la frustración es habitualmente la rabia, pero en el proceso de aprendizaje, el niño y más adelante el adulto, adquiere un grado considerable de tolerancia a la frustración y aprende a sustituir la tendencia inicial a la rabia por perseverancia, el planeamiento y otras soluciones inteligentes.

Tomando como índice el experimento de Lindzey G., se puede decir que las personas prejuiciosas son aquellas que han adquirido -- una tolerancia menor a la frustración y por lo tanto, menor capacidad para enfrentar decididamente sus frustraciones, en lugar de recurrir a los recursos infantiles de la rabia y el desplazamiento.

Como ya se ha señalado anteriormente, se puede decir que -- algunas personas frustradas tienden a acusarse a sí mismas por la experiencia frustratoria; estos individuos son del tipo intropunitivo. Algunos son tan ecuanimes y filósofos con respecto a las frustraciones de la vida, que no acusan a nadie; son impunitivos. Pero otros -- ven y buscan, de manera típica, agentes externos para echarles la culpa. Este tipo de reacción extropunitiva puede ser realista (si se --

identifica la verdadera fuente de la frustración) e puede no serlo, si la culpabilidad se desplaza. Solo en el tipo de respuesta extropunitiva se halla la pauta del chivo expiatorio.

En conclusión, algunas personas responden a veces con agresión a las circunstancias frustratorias; algunas adoptan una actitud - extropunitiva y no se culpan a sí mismas sino a las condiciones externas; y algunos no culpan a la verdadera fuente de la frustración sino que desplazan la culpa hacia otros objetos, especialmente, hacia los exogrupos disponibles. El proceso, si bien común, no es universal.

La teoría del chivo expiatorio.- En la versión bíblica, la secuencia es:

mala conducta personal ----> culpa ---->desplazamiento.

otra versión sería.

frustración ----> agresión ----> desplazamiento.

La teoría de esta versión supone tres etapas: 1) la frustración genera agresión; 2) la agresión es desplazada hacia víctimas relativamente indefensas; 3) esta hostilidad desplazada es racionalizada, y justificada mediante acusaciones, proyecciones y estereotipos. Esta secuencia se puede aceptar con ciertas salvaduras:

1.- La frustración no siempre conduce a la agresión, ciertas áreas de la frustración parecen invitar al desplazamiento con mayor probabilidad que otras.

2.- La agresión no siempre es desplazada. La ira puede ser dirigida hacia el mismo individuo. Si así ocurre, no se buscan chivos expiatorios.

3.- El desplazamiento no alivia realmente el sentimiento de frustración. Puesto que el objeto del desplazamiento no está vinculado con la frustración, el sentimiento persiste. El desplazamiento nunca acaba con la frustración no constituye un drenaje exitoso de agresión porque la frustración continúa genera constantemente nueva agresión.

4.- Queda totalmente inexplicado porqué algunas minorías agradan e

ne son tomadas en cuenta, mientras que otras son odiadas; lo mismo - el hecho de que existan ⁽¹⁾ diferentes grados y tipos de repudio. La elección de chivos expiatorios no tiene nada que ver, intrínsecamente, con el proceso de desplazamiento en sí.

5.- No es cierto que se elija siempre una minoría indefensa a los fines del desplazamiento. Los individuos pueden convertirse en chivos emisarios y también las mayorías. Aquí actúa el desplazamiento (o por lo menos la generalización excesiva), pero el chivo emisario no es siempre "una víctima inofensiva".

6.- Los datos disponibles no indican que la tendencia al desplazamiento sea más común entre las personas con muchos prejuicios que entre las que tienen menos. La teoría no explicará por completo las razones por las que algunas personalidades son prejuiciosas y otras no.

7.- La teoría pasa por alto la posibilidad de un conflicto social real. Lo que parece desplazamiento puede ser, en algunos casos, una agresión dirigida contra la verdadera fuente de la frustración.

Un rasgo importante de la teoría del chivo emisario es que supone una gran proporción de operaciones mentales inconscientes en el individuo.

Pocas personas conocen las razones reales de su odio por los grupos minoritarios. Las razones que inventan son meras racionalizaciones. En todos los casos, el sujeto no es consciente de la función psicológica que el prejuicio cumple en su vida.

El papel de la agresión.- Cuando se encuentra a un individuo lleno de quejas, de resentimiento y que tiene muchos prejuicios contra exogrupos, se puede dar por sentado con seguridad que tiene una gran cantidad de agresión reactiva que no ha sido resuelta, constituida indudablemente a través de una larga serie de frustraciones crónicas que no ha sabido cómo manejar. Los estudios de Beggs S.T., aportan evidencias que vulneran la teoría de que la agresión difusa puede ser "drenada" de un objeto a otro. En menor grado, también

vulnera la secuencia frustración-agresión, porque es improbable que - las sociedades más agresivas (o los individuos más agresivos) sean - siempre los más frustrados; algunas culturas han aprendido a manejar su frustración de maneras no agresivas, mientras que otras culturas - alientan la respuesta extrapunitiva a las frustraciones.

Allport coincide con Freud en que la forma característica en que un individuo maneja sus impulsos agresivos constituye uno de - los rasgos más importantes de la estructura de su carácter, pero a - diferencia de Freud supone que la agresión es una capacidad y no un - instinto, sobre todo de una forma de reacción.

La reacción agresiva normal tiene ciertas características adaptativas que Bergler E., ha formulado del siguiente modo:

1) Se le usa solamente en defensa propia e en defensa de - otras personas.

2) Está dirigida hacia un enemigo real: la fuente auténti - ca de la frustración;

3) No está acompañada de sentimientos de culpa, porque - percibe el acto como algo totalmente justificado;

4) No es excesiva, sino de una intensidad apropiada;

5) Se la usa en el momento adecuado, cuando el enemigo es vulnerable;

6) Se la usa de tal modo que el agente espera que su es - fuerzo tenga buen éxito;

7) No se la provoca con facilidad, sino solamente cuando - la ofensa es considerable;

8) No se complica con frustraciones impertinentes que sur - gen del pasado, quizá de la niñez temprana.

La agresión racionalmente adaptativa de esta índole no de - riva en desórdenes neuróticos, ni en el desarrollo de prejuicios.

Sele cuando se violan estos criterios de normalidad, se encuentran -

formaciones agresivas mórbidas dentro de la personalidad. Un individuo puede no tener conciencia de la verdadera fuente de frustración, viéndose forzado así a desplazar su hostilidad sobre un enemigo irreal.

Pero la cultura no sólo establece normas para el desarrollo de conductas agresivas; también constituyen la fuente de muchas de -- las frustraciones típicas que sufre el individuo. Podría decirse de la sociedad occidental en general, que la expresión directa de la agre-- sión está drásticamente inhibida dentro de los mismos grupos que la -- genera. Existe, como resultado, una inmensa cantidad de irritación -- lista para el desplazamiento. Cuando se considera lo común que es la frustración dentro de la familia y el trabajo, y el monto de repre-- sión que es necesario para impedir las expresiones inconvenientes de hostilidad, cabe aseverarse de que sean tantas las personas que no -- llegan a adquirir prejuicios contra exogrupos.

La naturaleza del odio.- La cólera es un estado emocional transitorio que surge al coartar alguna actividad en vías de ejecución. Puesto que la provoca un estímulo identificable en un momento dado, -- determina impulsos a atacar la fuente de la frustración directamente y a infligir algún daño a dicha fuente. La génesis del odio es algo secundario, contingente y relativamente tardío en el proceso de desarrollo. Es siempre una cuestión de deseos positivos frustrados y de -- la humillación resultante para la propia autoestima e los propios valores.

Tal vez el problema más desconcertante de todo el campo -- de las relaciones humanas, es el porqué es relativamente tan escaso el número de los contactos con otras personas que satisfagan y estén de acuerdo con las necesidades predominantes positivas personales y -- porqué son tantas las que desembocan en sentimientos de odio y hostilidad. Una respuesta concierne al monto de frustraciones y a las penurias con que la vida persigue a los seres humanos. A causa de las severas frustraciones, es fácil que la cólera recurrente que aqueja al

individuo se transfiere en edios racionalizados.

La pauta del prejuicio, que incluye diversos grados y tipos de odio y agresión, tiene lugar dentro de la imagen del mundo del ser humano. Se aparta considerablemente de las ilusiones profundas de los hombres. En el fondo, el ser humano sigue aspirando a reconciliarse con la vida y a tener relaciones pacíficas y amistosas con el prójimo.

Un grupo de investigadores, representados especialmente por Dollard y Miller (2), sustentan que la agresión es producto de la frustración, como un simple fenómeno de estímulo respuesta y propusieron la hipótesis llamada "frustración-agresión".

MacDougall incluye a la agresión dentro de lo que llamó "instinto de la combatividad", estableciendo que aquella surge por la "obstrucción" del progreso hacia la consecución de la meta natural de cualquiera de las tendencias instintivas. No ignora el elemento de frustración como antecedente directo de la agresión, entendiéndose, en este caso, que "obstrucción" puede ser sinónimo de lo que Dollard y Miller llamaron "frustración."

Sigmund Freud considera que la agresión es la primera y más importante reacción de la frustración cuando se bloquea la búsqueda del placer o la evasión del dolor. En general, este tipo de agresión es dirigida hacia las personas u objetos percibidos como fuente de la frustración; en ocasiones, revertida contra la persona misma o desplazada a otros objetos.

Dollard y Miller formularon, en 1934, una hipótesis experimentalista de la relación frustración-agresión, tomando los conceptos de Freud. Señalan que: "el problema de la agresión tiene muchas facetas. El individuo experimenta dificultad en controlar su propio temperamento y a menudo, ve a otros sosteniendo una batalla sin conocimiento de sus hostilidades."

"Toda conducta agresiva presupone la existencia de una frustración, del mismo modo que, toda frustración da como resultado

una conducta agresiva". Esta hipótesis asienta que la agresión, en cualquiera de sus manifestaciones, es siempre consecuencia de la frustración y, específicamente, que la presencia de una conducta agresiva presupone, en todos los casos, la existencia de una frustración. -- Esta última es para ellos, " la interferencia en la ocurrencia de una respuesta meta instigada en el momento mismo de la secuencia conductual "(2).

La frustración puede estar seguida inmediatamente por una aceptación aparente de la situación y reajuste a ella; se debe tener en cuenta que los seres humanos aprenden como resultado de vivir en sociedad, el suprimir y restringir sus reacciones abiertamente agresivas. Estas reacciones no son aniquiladas, más bien pueden ser temporalmente comprimidas, disimuladas, desplazadas o desviadas de entre modo de su meta, inmediata y lógica.

El obstáculo e interferencia puede ser leve; sin embargo, también induce a la frustración. Expresiones como: "decepcionar a una persona", "bajar el ánimo a alguien", "causarle dolor a alguien", e "impedirle a alguien llevar a cabo un acto", indican que una persona le impone una frustración a otra.

Para poder decir que existe una frustración, se deben determinar:

- 1) que se espera que el organismo haga unos cuantos actos y
- 2) que puede evitar que estos actos ocurran.

Una respuesta que sustituya a la respuesta meta (que va a terminar y reforzar la misma acción precedente) se llama una respuesta sustituta. Esta es cualquier acción que reduce de algún modo la fuerza de la provocación, la respuesta meta a la que se previene que ocurriera. Tiene una propiedad de la respuesta meta y también puede reducir la fuerza de la provocación, o puede resultar la reducción del acontecimiento de una respuesta meta a un elemento más o menos discreto de la provocación total.

Las respuestas sustitute ecurren con gran frecuencia frente a frustraciones de toda clase.

La frustración se define independientemente como la condición que existe cuando una respuesta meta sufre una interferencia.

Dollard y Miller han sugerido que la intensidad y la frecuencia de la agresión, varía directamente con la intensidad de la frustración. La intensidad de ésta, estaría determinada entonces por: a) la intensidad de la respuesta bloqueada; b) el grado de interferencia con la respuesta; y c) el número de secuencias frustradas.

La intensidad de la respuesta agresiva dependerá de la suma de intensidad de las instigaciones provenientes de frustraciones anteriores, y de las que actúan en el momento mismo. La intensidad de este complejo patrón emocional parece entonces ser una función relacionada con el impulso frustrado.

Berkowitz (3) está de acuerdo en que la agresión presupone siempre la existencia de una frustración, pero no acepta una relación directa entre frustración y agresión. Para él, la frustración dará como resultado una gran variedad de respuestas y no sólo agresión.

Este obligó a varios investigadores, principalmente a Mower y Miller a reconsiderar sus principios y formular nuevamente parte de la hipótesis, la cual quedó así: "La frustración produce instigaciones de un gran número de respuestas, una de las cuales es la agresión". Sin embargo, la hipótesis esencial quedó incólume y se siguió considerando la agresión como una respuesta provocada por la frustración.

Pesibles respuestas a la frustración.- Hay un gran cúmulo de respuestas variadas que están influenciadas por factores determinantes como la edad, el contenido social y el aprendizaje.

Per ejemplo:

negación	sumisión	regresión	ansiedad
miedo	fijación	agresión	etc.
huida	bloqueos	sents. de culpa.	

Fastere considera que la agresión depende de la interpretación que el individuo haga de la frustración. Propuso que el carácter arbitrario de las frustraciones, eran uno de los determinantes más importantes en la intensidad de la agresión, ya que la frustración, por sí sola, no produce necesariamente hostilidad. Brown y Farber (4) han propuesto que el estado motivacional producido por una condición frustrante, puede considerarse como una estructura motivacional; tal estado de motivaciones es llamado "enojo", -- que debe ser considerado como una emoción que sirve de impulso y -- que probablemente avive la conducta agresiva.

Berkowitz L. acepta que toda frustración aumenta la instigación de la conducta agresiva, pero considera que tal instigación -- se llama enojo y es la primera reacción innata a la frustración. Esta crea una predisposición para realizar respuestas agresivas, al hacer surgir el enojo, pero la ejecución de la respuesta agresiva depende de la presencia de claves evocadoras.

Berkowitz propone que la intensidad de la reacción agresiva a la frustración, es una función conjunta de la intensidad del enojo resultante y el grado de asociación entre el instigador y el estímulo clave. (5)

Las experiencias aprendidas afectarán también la naturaleza de las respuestas de enojo, determinadas por el patrón vigente de la sociedad o cultura en que se vive.

El entrenamiento de los primeros años puede alterar la forma en que una persona muestra sus emociones.

Frustración-Miedo. -- Algunos autores consideran que el miedo es uno de los inhibidores más importantes de la agresión.

Cuando la frustración es muy intensa y despierta en el individuo ansiedad porque se anticipa al posible daño que pudiera causarle en el futuro, la desplaza hacia alguien menos peligroso. Es decir, el individuo frustrado se ve a sí mismo como poseedor de un pe-

der mucho menor en relación con el que tiene el agente frustrante. Mientras más vulnerable se siente, menos capacidad tendrá de controlar el agente frustrante por el daño que le ha causado, predominando el miedo sobre el enojo. El sujeto tiene más miedo que enojo cuando cree que puede recibir una lesión seria por parte del agente frustrante y se siente incapaz de regresarle el daño. El enojo brega cuando la frustración no es muy fuerte; el miedo, cuando ésta aumenta.

En sus primeros escritos, Freud sostuvo que la agresión era la primera y más importante reacción a la frustración. Esta ocurría siempre que se bloqueaba el propósito fundamental del mecanismo del aparato humano. Este propósito es la búsqueda del placer, visto como una descarga de tensión e la evasión del dolor.

En un principio, Freud consideró que la agresión era el resultado de una frustración, es decir, el bloqueo del principio del placer. (7)

Violencia reactiva.- Es la agresión que se emplea en defensa de la vida, la libertad y la propiedad. Al estar al servicio de la vida su finalidad es la conservación y no la destrucción.

Dentro de la violencia reactiva, se encuentra la llamada "agresión por frustración".

Fremm considera que la agresión puede, en ocasiones, ser producto de la frustración. Con este tipo de agresión se relaciona la agresión de hostilidad, producida por envidia y celos (considerando a estos factores, como una clase especial de frustración). (7).

Como puede verse, es imposible predecir el resultado de la conducta, sin considerar las respuestas regresivas y emocionales, frente a las situaciones frustrantes.

La frustración, en algunas ocasiones, puede aumentar y aún activar la probabilidad de que se presenten respuestas agresivas. Es usual en nuestra sociedad, que se impidan por medio de castigos, todos

aquellos actos que atenten contra las normas establecidas por el grupo en que se desenvuelve la personalidad, y por ende, todos aquellos actos de agresión abierta. Estos constantes bloqueos e impedimentos, - que en ocasiones van a constituirse en frustraciones adicionales que - aumentarán tanto la intensidad, como la probabilidad de que se presenten respuestas agresivas, e que éstas se desplacen a otras formas de - agresión menos amenazantes para el sujeto.

Krech y Crutchfield señalan (8) "de hecho, la frustración, al parecer, puede tener muchas consecuencias diferentes a la agresión, dependiendo de la experiencia previa del individuo, de las características personales, de las circunstancias en que ocurre la frustración.

Hay varias posibilidades:

1.- Intensificación del esfuerzo, en un intento de sobrepasar las barreras.

2.- Reorganización de la percepción del problema con la - frustración conduciendo a una nueva comprensión del mismo y al descubrimiento de nuevos caminos para llegar a la meta.

3.- Sustitución por metas nuevas que reemplazan a las que no pueden ser alcanzadas.

4.- Consecuencias de mala adaptación, entre las cuáles -- pueden incluirse la agresión, la retirada, la represión, etc."

Otto Klineberg asienta: "es que, aunque no necesariamente si frecuentemente conduce a la agresión, y que la agresión, aunque no necesariamente, frecuentemente es el resultado de una frustración." (9)

Para Díaz Guerrero, "el dinámico esencial del fenómeno -- frustración parece ser, primero, la secuencia de la motivación en sus constituyentes iniciales: un organismo en donde se desarrolla un impulso actividad instrumental en la consecución de un anhelo y de repente, un obstáculo a tal consecución." (10)

Bateson señala " al parecer, podemos aprender a aceptar la

frustración sin una reacción agresiva, dependiendo de las experiencias a las que nuestra cultura nos haya acostumbrado". (11).

Berker, Dembe, Lewen y Wright, en una investigación de frustración notaron el fenómeno de regresión más que frustración; la frustración se tradujo en volver a una conducta más primitiva, más infantil. (12)

Fenichel O. apunta que " la frustración es algo que nos toca a todos, y es una condición esencial para el desarrollo normal. Es completamente necesario para el niño, aprender a soportar los retrasos, las amenazas, las oposiciones y las negativas, así como que aprenda a experimentar gratificaciones completas y apropiadas. El niño que no aprende con ayuda simpatética a soportar las frustraciones que encontrará, no puede crecer y ser un miembro adulto y sano de la sociedad." (13)

Para Perthey I., si "el niño experimenta su medio ambiente humano, predominantemente en términos de un rechazo manifiesto o encubierto con una rígida conformidad a lo estándar; si es amado solamente cuando es él esta clase particular de niño; si él es explotado, glorificado en términos de sus posibilidades, y humillado en términos de sus recursos y necesidades actuales, si la dependencia y la sumisión son inconscientemente forzadas a través de la sobreprotección, si la hostilidad y la fricción son inhibidas, entonces la auto-realización es obstruida." (14)

Amsel y Reussel consideran a "la frustración como un estado que se origina del no reforzamiento de una respuesta instrumental, la cual había sido previamente reforzada consistentemente". (15)

Resenzwig señala que "la frustración se ha definido como algo que se produce " siempre" que el organismo encuentra un obstáculo o impedimento insuperable en su camino hacia la satisfacción de una necesidad vital."

Las necesidades de defensa son las referentes a la protección del organismo, frente a cualquier pérdida, merma o deterioro de sus estructuras o funciones. El obstáculo o presión puede tener un origen interno o externo y ser de carácter pasivo o activo. Se puede decir que hay frustraciones:

1.- De índole pasiva y externa, como en el caso del objeto inanimado que se interpone entre el individuo y el objetivo.

2.- De índole activa-externa, tales las amenazas físicas que separan a una persona de su objetivo.

3.- De índole pasiva e interna, generalmente la propia incapacidad del sujeto.

4.- De índole activa e interna, en que el conflicto intrapsíquico precede de la acción enconada de necesidad.

Para Kramer Ch. (16) hay frustración, "cuando una tensión es provocada en los lazos de dependencia entre individuos. Los instintos se dirigen a nosotros por su frustración, así como las necesidades, hasta los hábitos; es posible encontrar una necesidad o un instinto en el fondo de cada frustración sentida. En todo acto de la vida, una frustración puede determinar el carácter de necesidad. Si hay frustraciones colectivas, fuentes y consecuencias de antagonismos sociales económicos, culturales, religiosos, raciales, que nos afligen con explosiones emocionales tales como las que emanan de la lucha de clases, del colonialismo, de la discriminación racial, del antisemitismo, del nacionalismo, de la guerra, hay también frustraciones individuales o microsociológicas. La dificultad de encontrar en todas partes el rasgo de una reacción a la frustración sería mínimo, pero la ventaja sin duda considerable."

Considera que la frustración se caracteriza por sus manifestaciones fisiológicas, psicológicas, sociales e patológicas. En segundo lugar, se le puede asignar una finalidad verosímil. En este van im-

plicados los conceptos de puesta en tensión del organismo, reducción de tensión y la defensa del organismo.

1.- Puesta en tensión del organismo. La tensión, tanto en el sentido fisiológico como en el psicológico, explica fenómenos que son efectos y signos de frustración. Según Krech y Crutchfield, los correlativos conscientes de la tensión van desde los sentimientos vagos de inquietud, insatisfacción, molestia o ansiedad de carácter difuso hasta la aprehensión por el sujeto de acciones que demandan imperativamente ser cumplidas, después de la percepción de un conjunto de objetos, llamados fines o metas, cuya conquista parece apaciguar las necesidades y las aspiraciones que, casi siempre desagradables, atraen la atención. En cuanto a los correlativos no conscientes de la puesta en tensión del organismo, su existencia es bastante conocida.

2.- Reducción de tensión. Los comportamientos reductores de tensión deben tomar en cuenta las oportunidades ofrecidas por el medio físico y por el medio social a cumplirse y tomarán tal o cual forma según las circunstancias. La sociedad diferencia "los fines accesibles a los diversos individuos" y prescribe cierto número de fuentes de tensión. En un momento y lugar dados, las conductas agresivas serán tomadas como normales en un caso de tensión determinado, pero en otros, un comportamiento religioso será considerado como lo más deseable. En otro lugar, el deporte, la prostitución o la ingestión del alcohol, será el tipo de comportamiento admitido como regulador de tensión. "El medio abre la vía a ciertos fines y condena otros." Esta orientación hacia la reducción, que parece una constante del comportamiento humano, debe ser concebida con una perspectiva dinámica, pues si el cumplimiento de la acción resuelve la tensión y lleva al sujeto al equilibrio, éste, no es estable sino que lleva a perpetuos ajustes que hacen progresar al sujeto a través de cierto número de etapas de desarrollo. Se llega a la organización

de un sistema de necesidades, de exigencias y de fines que se manifiesta en el tipo de comportamiento que elige el organismo.

3.- Campo Psicológico. Se entiende por tal, "cierto estado de procesos neuropsíquicos que se traducen bajo la doble forma de la experiencia del mundo tal como aparece al individuo y de los modelos-nerviosos de los cuales el cerebro es el asiento". (Krech y Crutchfield). El campo psicológico está determinado por el medio físico externo, el medio físico interno y el medio social (mundo del pasado).

Las tensiones resultarían de desequilibrios en el interior de ese campo y la reducción de tensión sería la organización del campo de forma que dé origen a una estructura nueva.

Si la frustración es considerada como el fracase de la resolución de una tensión, sería lógico estimar que ella es causa de modificaciones del campo psicológico, pudiendo marcar el comportamiento de manera durable y transfermar los procesos habituales de reducción de tensión. Importa ahora observar las consecuencias de la frustración y cómo reacciona el organismo cuando se prolonga una puesta de tensión. Para Resenzweig los individuos se clasifican según tres grandes tipos de reacción: aquellos que, en el momento en que experimentan un fracase, se inclinan a censurar al mundo exterior-tipo extrapunitivo- aquellos que se censuran así mismos- tipo intrapunitivo- y aquellos que parecen practicar un " olvido consciente de la ocasión de la frustración como si se tratara de reconciliarse consigo mismo y reconciliar a los otros con la situación desagradable".

La puesta en tensión provocada por la frustración se traduce por un despliegue de energía en lo que respecta al acto. Normalmente dirigida, esta reacción de adaptación va a acarrear una reducción de tensión y a aumentar la disponibilidad del sujeto en lo que concierne a otras adaptaciones por realizar.

Sin embargo, la liquidación de excese energético acarreado por la tensión puede no realizarse de manera satisfactoria: surgen respues-

tas inadecuadas a la situación frustrante, sea que la reacción se oriente hacia un plan de satisfacción interior para realizar a pesar de todo una reducción de tensión, sea que el modelo característico de las reacciones habituales del individuo se modifique de una manera durable y acarree una alienación progresiva del sujeto. Asumir una situación frustrante de una manera adaptada comporta dos objetivos mayores. Se trata: a) de poner término al desagrado que ésta situación ha engendrado; b) de encontrar una solución práctica efectiva que permita anular las obstrucciones a la satisfacción de las necesidades o de cercar los obstáculos generadores de frustración puesto que el comportamiento adaptado no contribuye a resolver más que uno de los términos expuestos, hay un fracaso de adaptación. La satisfacción buscada en un nivel inferior manifiesta: en cuanto al punto a) numerosas compensaciones o sustituciones que llegan a "hacer olvidar" rechazar los desagrados debidos a la frustración. Otras formas más sociales de evasión permiten al hombre encontrar refugio en los movimientos colectivos de tono pasional, en los extremos de autoritarismo, de libertinaje, de coerción. El objetivo b) pierde su interés y demanda a menudo ser considerado en función de a). Una repetición estereotipada de actos de apariencia útil lleva la atención sobre una frustración subyacente, lo mismo que un esfuerzo muy acentuado hacia la realización de b). En los dos casos la falta reside en que a) está incompleto.

En la consideración de los problemas de la vida social y de las relaciones interpersonales importa contar con un criterio suplementario de la reducción de tensión eficaz. Se trata del ajuste del individuo a un grupo social. Es una condición del desarraigamiento de las condiciones frustrantes que vienen a corear el esfuerzo de adaptación de desfrustración. Este término se emplea para hacer resaltar mejor la diferencia que hay entre la satisfacción normal de una necesidad y la que se obtiene cuando los primeros esfuerzos adaptativos -

han sido dedicados al fracaso. La modificación sufrida por el campo psicológico es irreversible, y es en una situación totalmente diferente como se ataca ante la reiteración de las conductas adaptivas.

La defensa del organismo es el principio de los reajustes de los comportamientos mentales que rigen la adaptación del individuo al medio que lo rodea. Colocado en un cuadro de actividad impuesto o elegido, el organismo estructura su defensa y procura el ajustamiento. La defensa del organismo, así considerada, corre el riesgo de ser calificada superficial. Es cierto que sus manifestaciones observables son muy socializadas, sujetas a transformación y ampliamente convencionales para un grupo sociocultural dado. Los cambios sociales igualmente deben poder transformar la forma de esta defensa, y aún las variaciones del medio bastante superficiales. No impide que, en la determinación del grado de adaptación social, en la búsqueda de la medida de la conformidad con el grupo, en la formulación de un pronóstico del comportamiento individual, el estudio y la investigación de la defensa del organismo sean indispensables.

La tolerancia a la frustración se define por la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin apelar a modos de respuestas inadecuadas. La tolerancia a la frustración es un mecanismo vital presente, en diversos grados en todos los seres vivientes y que tienen valor, tanto psicológico. Implica " la aptitud para demorar la satisfacción de las necesidades" y aclara el papel de un proceso inhibitorio capaz de desviar la atención sobre otros modos de resolución. La reducción de tensión brutal, ineportuna y desordenada, es evitada. La sustituye un comportamiento de adaptación a largo término. Hay aptitud " a la respuesta no inmediata".

La madurez del organismo determina la tolerancia a la frustración por su valor adaptativo privilegiado. No es cuestión de designar como comportamiento ideal el bloqueo de la reacción a la frustra-

ción sine de valorar la elección de la reacción más compatible con la conversación y apertura de la persona, tomada como unidad destinada a subsistir. A veces, incluso la madurez en sus reacciones de defensa - tomará las respuestas extremas del rechazo de tolerancia, pero le será en una perspectiva de defensa general, cuando la forma de la agresión exija tal forma de respuesta.

Si la frustración es universal, la tolerancia a la frustración es un mecanismo de defensa igualmente general. Toma diversas formas: disminuida en ciertos sectores como consecuencia de un mecanismo de puesta en tensión, más frágil en tal o cual zona de la afectividad (los "complejos"), reforzada por otros obstáculos u obstrucciones - cuya influencia de stress no es sentida y menos probada, la tolerancia a la frustración conoce también muchos niveles. En un individuo las determinantes en juego dominan formas dadas de tolerancia a la frustración, de tal o cual grado. Saúl Resenzwig sugiere la participación de dos tipos de factores: 1º) factores somáticos en las variaciones nerviosas, endocrinas, etc., y de orden constitucional, elementos somáticos adquiridos (fatiga, enfermedad física, etc.) 2º) -- factores psicológicos genéticos: la ausencia de toda frustración en la primera infancia haría al sujeto incapaz de responder, más tarde, a una frustración en forma adecuada. Por otra parte, "una frustración excesiva puede crear zonas de baja tolerancia, que el niño, a causa de su inmadurez, se ve obligado a realizar en forma inadecuada por las reacciones de defensa del yo que inhibirían su desarrollo ulterior".

El interés profundo de las investigaciones relativas a la frustración es sin duda la dificultad ofrecida por la conquista de una tolerancia a la frustración verdadera. De un exceso al otro, el hombre no hace más que substituir a reacciones excesivas de baja tolerancia - fundadas sobre el principio del placer, de reacciones de "hipertolerancia" de resignación fatalista y que no respetan más que en apariencia -

el principio de realidad. De donde resulta una humanidad frustrada, librada a calamidades.

Para Neyes A., la agresión se origina en respuesta a la frustración de los impulsos y necesidades fundamentales; como las frustraciones y las privaciones son acompañantes inevitables de la vida, la agresión se presenta constantemente como secuela natural; puede servir también de compensación e enmascaramiento a un sentimiento profundo de debilidad e inseguridad. (17).

Señala Hefling Ch. " que tal parece ser que la norma de respuesta hostil, destructiva, es una norma aprendida. En esencia, parece ser la respuesta principal a la frustración de los otros impulsos básicos. Las frustraciones son tempranas, en cierto grado inevitables, y por lo tanto, universales en la vida humana. Las frustraciones infantiles son consideradas como origen de la hostilidad humana. La serie frustración-hostilidad, parece ser automática e inevitable." (18)

Para Fenichel O., "las tendencias agresivas de toda índole - representan una parte considerable de las pulsiones humanas y constituyen la respuesta a las frustraciones y tienen como objetivo la superación de las mismas. Evitar las frustraciones, es cosa ciertamente imposible. Fatalmente, las trae consigo la vida real, y por ello, una infancia artificialmente protegida, constituye una forma muy pobre de preparación para afrontarla. Cuanto más se evitan las primeras frustraciones, tanto más sucederá que las frustraciones leves tendrán el mismo efecto que tienen las frustraciones intensas en las personas educadas normalmente". (19)

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Allport G.: La Naturaleza del Prejuicio. EUDEBA. Buenos Aires - 1968.
- 2.- Dollard J. et al.: Frustration and Aggression. Yale University - Press. 1936. pp 7. Citado por Díaz M.: La agresión. Tesis recepcional. Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1973.
- 3.- Berkowitz L.: The Frustration-Aggression Hypothesis. A Social Psychological Analysis. McGraw Hill Press. 1962. pp 29.
- 4.- Brown J.S. & Farber I.E.: Emotions Conceptualized as Internal Variables with suggestions toward a theory of Frustration. Psycho. Bell. 1951:48 pp 465-495. *Ibidem* # 2.
- 5.- Berkowitz L.: The Inhibition of Aggressive Acts. *Ibidem* # 3.
- 6.- Freud S.: Obras completas. I: La aflicción y la melancolía. pp 1075-1087. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1967.
- 7.- Fromm E.: El corazón del Hombre. Fondo de Cultura Económica. México 1967.
- 8.- Citado por: Flores M.E.: Estudios de frustración como problema - Psicológico en dos grupos de mujeres mexicanas. Tesis recepcional. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. U.N.A.M. México. 1968.
- 9.- *Ibidem* # 8.
- 10.- *Ibidem* # 8.
- 11.- *Ibidem* # 8.
- 12.- *Ibidem* # 8
- 13.- Fenichel O.: The Psychoanalytic theory of Neurosis. W.W.Norton & Co. Inc. New York. 1945.

- 14.- Portney I.: The anxiety states in Arieti S.: American Handbook - of Psychiatry. I. New York, Basic Books. 1959. pp 315. Citado per Martínez L.A.: La frustración como un problema experimental. Tesis recepcional. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. U.N.A.M. 1969.
- 15.- Amsel A. & Russell J.: Motivational Properties of Frustration in Motivation. Penguin Modern Psychology. 1966. pp 108. Ibídem # 14
- 16.- Hramer Ch.: La frustración. Ed. Troquel. Buenos Aires 1969. pp - 150-159, 176-178.
- 17.- Noyes A.: Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. 1951. pp 91-92.
- 18.- Hofling Ch.: Tratado de Psiquiatría. Ed. InterAmericana. México, 1965. pp 51 y 73.
- 19.- Fenichel O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Paidós. - Buenos Aires 1962. pp 650.

III.- E L P R E J U I C I O.

La palabra prejuicio, derivada del latín, *praejudicium*, ha sufrido como la mayoría de las palabras, un cambio en su significado, desde el período clásico. Gordon Allport (1) señala tres etapas en esta transformación:

1.- Para los antiguos, *praejudicium* quería decir precedente, e sea, un juicio que se basa en decisiones y experiencias previas.

2.- Más tarde, el término adquirió en inglés, la significación de un juicio formado antes del examen debido y consideración de los hechos: un juicio prematuro o apresurado.

3.- Finalmente, el término adquirió su matiz emocional actual, aludiendo al estado de ánimo favorable e desfavorable que acompaña a ese juicio previo y sin fundamentos.

Existe una definición más breve: pensar mal de otras personas sin motivo suficiente. Si bien hace referencia a la infundación del juicio y al tono afectivo, es demasiado breve para que resulte clara y solo hace referencia al prejuicio negativo. Sin embargo, se puede ser prejuicioso a favor de otros, se puede pensar bien de ellos sin motivo suficiente. Al definirlo, el *New English Dictionary* reconoce al prejuicio, tanto positivo como negativo: "Un sentimiento favorable e desfavorable, con respecto a una persona o cosa, anterior a una experiencia real o no, basada en ella."

La frase, "pensar mal de otras personas", debe ser entendida, por supuesto, como una expresión elíptica; incluye sentimientos de desprecio e desagrado, de miedo y aversión, así como varias formas de conducta hostil, tales como hablar en contra de ciertas personas, practicar algún tipo de discriminación contra ellas e atacarlas con violencia.

De modo similar, es necesario ampliar la frase "sin motivo - suficiente". Un juicio es inmotivado cuando no se fundamenta en hechos. Se ha definido el prejuicio como " el estar seguro de algo que no se sabe". No es fácil decir cuántos hechos se necesitan para justificar un juicio.

Tan común es este proceso, que se puede definir el prejuicio como: "Una actitud hostil o prevenida hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto, que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo".

Sen pocos los juicios humanos que se basan en una absoluta certidumbre, si es que los hay. El motivo suficiente para cualquier juicio, es siempre una cuestión de probabilidades. Los prejuicios se hacen prejuicios solamente cuando no son reversibles bajo la acción de conocimientos nuevos. Es una pauta de hostilidad en las relaciones interpersonales, que se dirige contra un grupo entero o contra sus miembros individuales; cumple una función irracional específica para quien le sustenta. La frase final de esta definición implica que las actitudes negativas no son prejuicios, a menos que sirvan a un propósito de gratificación íntima para la persona que las adopta.

Una adecuada definición del prejuicio, contiene dos ingredientes esenciales. Tiene que haber una actitud favorable o desfavorable y debe estar vinculada a una creencia excesivamente generalizada y por lo tanto, errónea. Las declaraciones prejuiciosas expresan a veces el factor actitud, a veces, el factor creencia.

Es cierto que toda actitud negativa tiende, de algún modo, a expresarse en acción en cierto momento. Sen pocas las personas que se guardan sus antipatías sin evidenciarlas. Cuanto más intensa es la actitud, más probable es que desemboque en una acción enérgicamente hostil. Se distinguen algunos grados en la acción negativa:

1.- Hablar mal. La mayoría de la gente con prejuicios habla de ellos y expresarán su antagonismo libremente con amigos que piensen

de igual modo e bien con extraños. Pero muchas personas no pasan nunca de este grado moderado de acción hostil.

2.- Evitar el contacto. Si el prejuicio es más intenso, lleva al individuo a evitar el contacto con los miembros del grupo que le desagrada, a veces a costa de inconvenientes considerables. En este caso, la persona prejuiciosa no inflige ningún daño directo al grupo que le disgusta, siendo ella la que carga con todo el peso de la acomodación y el apartamiento.*

3.- Discriminación. Aquí la persona con prejuicios lleva a la práctica de modo activo, una distinción hecha en detrimento de algún grupo. Emprende la tarea de excluir a todos los miembros del grupo en cuestión. La segregación es una forma de discriminación institucionalizada, impuesta por la ley o la costumbre.

4.- Ataque físico. En condiciones de alta tensión emocional, el prejuicio puede llevar a actos violentos o semi violentos.

5.- Exterminación. Linchamientos, "progroms", matanzas.

Si bien, la mayoría de la gente nunca pasará de "hablar mal" a "evitar el contacto", ni de aquí a la "discriminación" activa o a niveles más altos de la escala, también es cierto que la actividad en un nivel determinado sirve de transición para deslizarse con facilidad al siguiente.

Ackerman y Jahoda (2) definen el prejuicio, como "una actitud de hostilidad en las relaciones interpersonales, dirigida contra un grupo entero o contra los individuos pertenecientes al mismo y que lleve una función irracional dentro de la personalidad."

Zilbeorg lo define como "una ignorancia basada en la ceguera emocional."

Franziska Baumgarten (4) señala que "prejuicio es una opinión que se ha aceptado sin suficientes motivos". Se refiere siempre a una discriminación de otros para la elevación del propio Yo. Esto lo hace un grupo frente a otro o un individuo frente a otro.

* Sin embargo, cuando se trata del médico, si inflige daño directo al paciente.

Heintz (4) entiende por prejuicio, todo juicio emitido sin comprobar su validez por los hechos.

Para Allport, desde el punto de vista de sus consecuencias sociales, gran parte del "prejuicio bien educado" es bastante inofensivo, pues se limita al plano de la conversación intrascendente. Pero desgraciadamente, la progresión fatal y-a apuntada está haciéndose más frecuente en este siglo. El desgarramiento que ello crea en la familia humana se cierne sobre ella como una amenaza. Y a medida que los pueblos de la tierra necesitan más y más el uno del otro, va disminuyendo el grado de tolerancia con que pueden aceptar estas fricciones crecientes.

En todas partes del mundo, se encuentra una situación de separación entre grupos. Las personas se reúnen con sus iguales. Comen, juegan, residen en agrupamientos homogéneos. Se visitan con los de su misma clase y prefieren exteriorizar juntos sus cultos. Gran parte de esta cohesión automática, está dictada exclusivamente por la conveniencia. No hay de volverse hacia exgrupos para buscar compañía. Teniendo a mano todas las personas que se pueden necesitar, no parece que sea necesario el temerse el trabajo de adaptarse a nuevas lenguas, nuevas comidas, nuevas culturas e a gente de diferente nivel educacional. Exige menos esfuerzo tratar con individuos que parten de iguales supuestos.

La mayoría de las transacciones de la vida pueden realizarse con menos esfuerzo limitándose a juntarse con quienes son iguales. Los extranjeros crean tensión y lo mismo ocurre con las personas que pertenecen a una clase social y económica más alta e más baja que la de un individuo determinado. No tiene prejuicio de clase, sino que el individuo se encuentra cómodo y a gusto en su propio grupo social.

Es muy probable, que debido a situaciones de trabajo, se tenga que tratar con miembros de exgrupos. El contacto en el trabajo no basta casi nunca para superar la separación psicológica. A veces, el con

tacto está tan bien estratificado que el sentido de separación se intensifica. El hecho inicial en consecuencia, es que los grupos humanos tienden a mantenerse separados. No es necesario atribuir esta tendencia a un instinto gregario, a una conciencia de clase o al prejuicio. Bastan - para explicar adecuadamente ese hecho, los principios de facilidad, del menor esfuerzo, la congenialidad y el orgullo de la propia cultura.

La distinción entre una generalización bien fundada y una generalización errónea, es muy difícil de marcar, especialmente por parte del mismo individuo que elabora la generalización.

La mente humana tiene que pensar con la ayuda de categorías (el término equivale aquí a generalizaciones). Una vez formadas las categorías, constituyen la base del prejuicio normal. No hay modo de evitar este proceso, ya que la posibilidad de vivir en un mundo algo ordenado depende de él.

El proceso de categorización tiene cinco importantes características:

1.- Construye clases y agrupamientos amplios para guiar los ajustes personales diarios. Cuando el individuo va a visitar un médico porque se siente enfermo, espera que se comporte de cierta manera. En esta y en otras innumerables ocasiones, lo que se hace es "tipificar" - un suceso aislado, ubicarlo dentro de un rubro familiar y actuar en consecuencia. A veces, se puede estar equivocado; el suceso no corresponde a esa categoría, el médico no se comporta de acuerdo a las normas de su profesión. Sin embargo, su conducta ha sido racional, ya que se basó en un alto grado de probabilidad.

Eso quiere decir, que la experiencia personal en la vida -- tiende a conformarse en agrupamientos (conceptos, categorías), y que si bien, es posible equivocarse de categoría o de ocasión al recurrir a ellos, es innegable, no obstante, que ese proceso domina toda la vida mental. Millones de sucesos acaecen todos los días y no es posible apreciarlos uno por uno. Si se piensa en ellos es para tipificarlos.

Se considera una virtud el poseer una mente abierta, pero - hablando en sentido estricto, esto no puede ocurrir. Una nueva experiencia debe insertarse en categorías antiguas. No es posible tratar - cada nuevo acontecimiento como si fuera una novedad absoluta. Si se - hiciera así, no serviría de nada la experiencia pasada. El filósofo - inglés Bertrand Russell ha resumido así la cuestión: "Una mente perpe - tuamente abierta sería una mente perpetuamente vacía."

2.- La categorización se asimila lo más posible al agrupa - miento. Existe una curiosa inercia en el pensamiento humano. Al hom - bre le gusta resolver los problemas con facilidad y ésta es tanto mayor - cuanto más rápidamente se puedan ubicar esos problemas en una catego - ría satisfactoria y usar esa categoría como medio para prejulgar la - solución.

La mente tiende a categorizar los sucesos del medio ambien - te de la manera "más burda" que sea compatible con la necesidad de -- acción, en tanto que se pueda " seguir adelante" con generalizaciones - excesivamente tescas, se tiende a hacerlo porque requiere menos esfuer - zo y éste, salvo en la esfera de los intereses más vitales, es desagrad - able.

3.- La categoría permite identificar rápidamente un objeto - por sus rasgos comunes. Es así, que las categorías tienen una vincula - ción estrecha e inmediata con lo que se ve, con el modo como se juzga - lo que se ve y con lo que se hace. En realidad, toda su utilidad parece - consistir en facilitar la percepción y la conducta; en otras palabras, - es hacer más rápidos, fáciles y adecuados los ajustes a la vida. Este - principio sigue siendo válido, a pesar de que a menudo se cometen erro - res al ubicar acontecimientos en categorías, viéndose así perturbada - la acción.

4.- La categoría satura todo lo que contiene con iguales - connotaciones ideacionales y emocionales. Algunas categorías son casi - puramente intelectuales. A tales categorías se les llama conceptos, -

pero muchos de ellos, tienen, además de su "significado", un "sentimiento" característico, un tono sentimental de agrado o desagrado.

5.- Las categorías pueden ser más o menos racionales. En general, una categoría comienza a constituirse en base a un "germen" de verdad. Una categoría racional, parte de ello, se agranda y solidifica a través del aumento de la experiencia pertinente. Las categorías irracionales se firman con igual facilidad que las racionales y probablemente se firman más fácilmente, porque los intensos sentimientos emocionales tienen la propiedad de actuar como esponjas. Las ideas atraídas por una emoción poderosa, tienen mayor propensión a conformarse a la emoción que a la evidencia objetiva.

Una categoría irracional es aquella que se forma sin la adecuada evidencia. Puede ocurrir que la persona ignore simplemente la evidencia, en cuyo caso se trata de una concepción errónea, pero mucho más profunda y descercantante es el tipo de prejuicio irracional que no toma en cuenta la evidencia. Una de las formas más extrañas en que se presenta el prejuicio, es el aferrarse a un pre-juicio cuando se sabe que es errado.

Merece ser señalado el hecho, de que en la mayoría de los casos, las categorías sean tan tenazmente resistentes al cambio. Después de todo, las generalizaciones se han elaborado en determinada forma porque se vio que funcionaban bastante bien y no parece que sea necesario andar cambiándolas a fin de acomodarlas a cada nueva evidencia que aparece. Se admite una nueva evidencia de manera selectiva en una categoría, cuando confirma las creencias previas, pero si se encuentra evidencia contradictoria con el preconcepto, lo más probable es que se le ofrezca resistencia.

Existe un procedimiento mental muy común, que permite a la gente mantenerse aferrada a prejuicios, aún frente a muchas evidencias contradictorias., que consiste en admitir excepciones. Este procedimiento es de una eficacia contundente.

En resúmen, no se admite a la evidencia contraria, permitiendo que modifique la generalización; en lugar de ello, se la reconoce -- superficialmente y se la excluye. A este procedimiento se le llama -- "reclusura". Cuando un hecho no encaja dentro de una zona mental, se reconoce la excepción, pero la zona vuelve a clausurarse apresuradamente, impidiendo que quede peligrosamente abierta.

Las categorías más importantes que un hombre tiene son su propia serie personal de valores. Vive por y para esos valores. Es raro que piense en ellos o que los analiza detenidamente; lo más común, es que los afirme y los defienda. Tan importantes son las categorías de valores, que la evidencia y la razón se ven forzadas habitualmente a acomodarse a ellas.

Como partidario de su propia forma de vida, no se puede -- evitar que el pensamiento del hombre sea parcial. Solo una porción pequeña de su pensamiento actúa como los psicólogos han llamado "pensamiento dirigido", es decir, controlado exclusivamente por la evidencia externa y dedicado a la solución de problemas objetivos. Cada vez que intervienen los valores, el sentimiento o la sensibilidad, se está -- predispuesto a caer en un tipo de "pensamiento libre", "caprichoso" o "fantasioso". Esta forma parcial de pensar, es enteramente natural, ya que el hombre cumple su función en el mundo viviendo de un modo integrado, como perseguidor de valores. Los pre-juicios que se derivan de estos valores le permiten hacerlo.

En resúmen, anteriormente se ha sostenido la tesis de que el hombre tiene una propensión al prejuicio que radica en su tendencia normal y natural a formar generalizaciones, conceptos, categorías, cuyo contenido representa una simplificación excesiva de su mundo de experiencia. Sus categorías racionales se atienen a la experiencia directa, pero puede también formar con la misma facilidad categorías irracionales. Estas pueden carecer de todo fundamento real, y se forman totalmente en -- base a rumores, proyecciones emocionales y fantasías.

Un tipo de categorización que predispone especialmente a adoptar pre-juicios injustificados, lo constituyen los valores personales: Franziska Baumgarten afirma que el hombre tiene una propensión al pre-juicio que radica en su tendencia normal y natural a formar generalizaciones, conceptos, categorías, cuyo contenido representa una simplificación excesiva de su mundo de experiencias.

Sus categorías racionales se atienen a la experiencia directa, pero puede también formar con la misma facilidad categorías irracionales. Estas pueden carecer de todo fundamento real y se forman totalmente en base a rumores, proyecciones emocionales y fantasías.

Desde tiempos muy remotos, los hombres han reconocido instintivamente que no podían vivir juntos y en paz, mas que a condición de someterse a ciertas reglas de conducta, obligatorias para todos. Estas reglas se basan, por lo común, en mandamientos religiosos que descansan sobre normas éticas. Porque la experiencia ha demostrado también que sólo las cualidades morales son capaces de mantener unidos a la larga a los grupos de población. Sin embargo, en la naturaleza humana, no sólo existen tendencias positivas, sino también inclinaciones antisociales, como la envidia, la venganza, los celos, el odio. - Los que las sufren tienden a establecer juicios discriminatorios sobre sus prójimos, juicios que son formulados de un modo impulsivo, bajo el influjo de la emoción y que suelen resultar, por lo tanto, falsos.

Entonces se producen generalizaciones, aplicando a todo un grupo, un juicio destinado a una sola persona. También ocurre que el individuo es despreciado porque pertenece a un grupo que ha sido objeto de discriminación. En el contacto cotidiano de los seres humanos, - estos juicios subjetivos son aceptados por los demás, muchas veces sin crítica y sin reflexión y de ésta manera nacen opiniones cuya exactitud no resulta probada. Se les llama por lo tanto, pre-juicios, porque han sido formadas sin haber sido examinadas de antemano.

Señala Allport que el proverbio: " la familiaridad crea el desprecio", no llega a ser, ni de lejos una verdad a medias. Si bien a veces la rutina diaria o los compañeros habituales, aburren, no es menos cierto que la vida se apoya en valores que extraen su fuerza de la circunstancia de resultar familiar. Y aún más, lo familiar tiende a convertirse en valor. Termina por gustar el estilo de comida, las costumbres, las personas con las que se ha crecido. Puesto que no es posible alterar la estirpe familiar, sus tradiciones, la nacionalidad ni el lenguaje nativo, se hace bien en aceptarlos. Por lo común, se espera que el niño adquiera las mismas lealtades y prejuicios que sus padres; y si el padre, a causa de su pertenencia a algún grupo, es objeto de prejuicios, el niño también se convierte automáticamente en víctima de los mismos prejuicios.

Es difícil definir de un modo preciso un endogrupo, quizá lo mejor sería decir que todos los miembros de un endogrupo usan el término "nosotros", con un sentido esencialmente idéntico. Así lo hacen los miembros de una familia, los condiscípulos, los miembros de una logia, de un gremio, club, ciudad, estado o nación. De una manera algo más vaga, pueden proceder así, los miembros de entidades internacionales. Algunas organizaciones "nosísticas", son transitorias (por ejemplo, una reunión social; otras, son permanentes(por ejemplo, una familia o un clan).

La teoría del prejuicio como norma del grupo sostiene que todos los grupos (ya sean endogrupos o grupos de referencia), desarrollan una forma de vida con códigos y creencias, normas y " enemigos" características, que satisfagan sus propias necesidades de adaptación. La teoría sostiene también que diversas presiones, groseras y sutiles, obligan a cada individuo a mantenerse dentro de lo que el grupo exige. Las preferencias del endogrupo, así como sus enemigos, deben ser los suyos propios. Los Sherif, que fueron quienes postularon ésta teoría, señalan: "De ordinario, no son factores aislados los que conducen a los individuos a la formación de actitudes prejuiciosas. Antes bien, la formación de esas ac

titudes esta funcionalmente ligada al proceso por el que se llega a ser miembro del grupo, adoptando al grupo y a sus valores (normas) como referencia principal para la regulación de la experiencia y la conducta".

Al encarar los problemas de la formación de actitudes, siempre es difícil alcanzar un justo equilibrio entre el enfoque colectivo y el individual. El prejuicio, es en último término, un problema de formación y desarrollo de la personalidad; no hay dos casos de prejuicio que sean exactamente iguales. Ningún individuo reflejará la actitud de su grupo, a menos que tenga una necesidad personal o un hábito personal que lo induzca a hacerlo. Pero al mismo tiempo, una de las fuentes habituales, y quizá la más frecuente, del prejuicio la constituyen las necesidades y hábitos que reflejan la influencia de las pertenencias a endogrupos sobre el desarrollo de la personalidad individual. Es posible mantener aquel tipo de teoría individualista, sin negar que puedan ser colectivas las influencias principales que se ejercen sobre el individuo.

Las pertenencias a endogrupos, son vitalmente importantes para la supervivencia individual, constituyendo una trama de hábitos. Cuando se encuentra a un extraño que sigue diferentes costumbres, se dice inconscientemente "rompe mis costumbres" y esto, es desagradable. Se prefiere lo familiar. Es inevitable el ponerse en guardia cuando otras personas parecen amenazar o solo cuestionar los hábitos personales. Las actitudes de parcialidad hacia el endogrupo o hacia el grupo de referencia, no requieren, necesariamente que las actitudes hacia otros grupos sean de antagonismo, si bien la hostilidad a menudo ayuda a intensificar la cohesión del endogrupo. Los círculos pequeños pueden ser complementados sin conflicto por círculos de lealtad más amplios. No se llega con frecuencia a ésta afortunada condición, pero sigue existiendo como una posibilidad premisoria, desde el punto de vista psicológico.

A menudo existe una moderada animosidad detrás de esas formas de "hablar mal" que pueden ser consideradas como bromas o burlas. A veces es tan suave que se confunde con las bromas amistosas. Cuanto más-

espontáneo e injustificado sea el "hablar mal", tanto más fuerte es la -
hostilidad que los sustenta.

A menudo el individuo se aparta de la gente con la que no con
genia. Mientras que sea él el que se aparte, no comete ningún acto de dis
criminación. Esta existe solamente cuando se niega a otros individuos o-
grupos de personas la igualdad que ellos pueden desear. Un memorandum o-
ficial de las Naciones Unidas, define así el punto: " La discriminación-
incluye toda conducta basada en distinciones que se hacen en base a cate
gorías naturales o sociales, sin que ella tenga relación con las capaci-
dades o méritos individuales ni con la conducta concreta de la persona -
individual". Es una distinción que se hace en detrimento de alguien sin-
tomar en cuenta las características particulares del individuo como tal.

La segregación es una forma de discriminación que coloca lími-
tes espaciales de algún tipo, para acentuar la situación de desventaja -
de los miembros de un exogrupo.

El rumor proporciona un buen barómetro para medir la tensión-
del grupo. En sí mismos, los rumores no son más que formas del "hablar mal"
expresiones de la hostilidad verbal, y sin excepción, expresan hostili-
dad y proporcionan una razón para la hostilidad al señalar un rasgo ob-
jetable.

El problema consiste en saber dónde se debe trazar el límite
entre el prejuicio y el no - prejuicio. Todos los hombres alimentan, de
modo inevitable, prejuicios. Todos se inclinan a juzgar a favor de su
propia forma de vida. Puesto que en un sentido profundo, el individuo -
es aquellos valores que sostiene, no puede dejar de defenderlos con er-
gullo y afecto, rechazando a todos los grupos que se les oponen.

La persona con prejuicios explica, de modo casi invariable,-
su actitud negativa en función de alguna cualidad objetable que distin-
gue al grupo despreciado. Se alega que todo el grupo posee un olor desa-
gradable, mentalidad inferior, o una naturaleza taimada, agresiva u hol-
gazana

Aún para el investigar, es difícil lograr una estricta objetividad, ya que él tiene sus propios prejuicios con los que debe luchar en pro y en contra de ciertos grupos y no conoce el grado en que ellos afectan su propia interpretación de los datos.

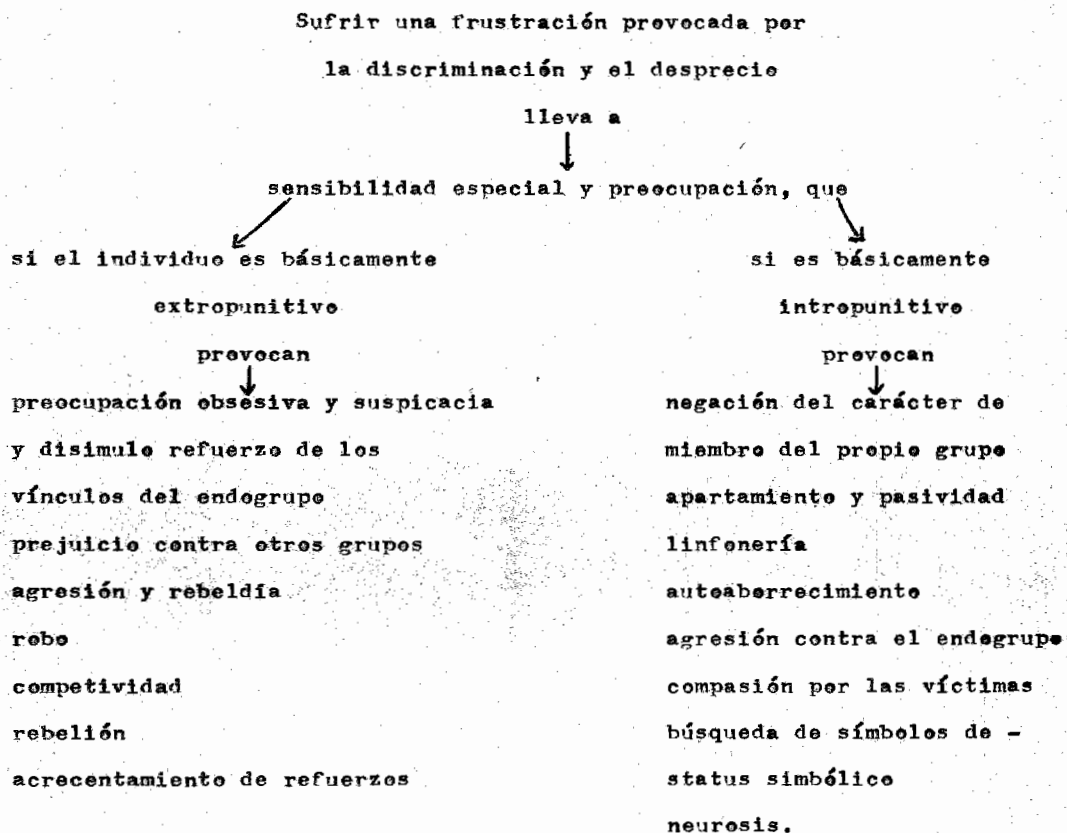
Por otra parte, diferencias en la apariencia, el talento y el temperamento, por sí solas, no crean hostilidad. Sin embargo, la persona con prejuicios, proclama casi siempre que alguna supuesta diferencia es la causa de su actitud. Al mismo tiempo, no puede negarse que existe lo que puede llamarse un conflicto real de intereses.

En años recientes, al estudiar las diferencias entre grupos, el método de encuestas de opinión pública ha sobrepasado las fronteras entre los países. Por medio de ésta técnica razonablemente precisa, se puede comparar los pareceres de muestras representativas de diferentes naciones sobre diversos asuntos: cuestiones políticas, opiniones religiosas, etc.

El uso de este método se limita, por supuesto, a los países en que existen organizaciones responsables dedicadas a la realización de encuestas y requiere la cooperación entre esas organizaciones. Existe también, como en el caso de los test, el peligro de que las personas con diferentes antecedentes culturales, no perciban de igual modo las preguntas que se les hacen. La traducción de las preguntas de un idioma a otro, cambia a menudo su matiz y en consecuencia, el sentido de las respuestas.

Ahora bien, no se puede hablar repetidamente de la reputación de una persona, sin que algo ocurra en su propio carácter. El sentimiento básico de los miembros de grupos minoritarios que son víctimas del prejuicio, es de inseguridad, que llega a provocar lo que Robert Merton ha llamado la "profesía que se autorealiza", o sea a las innumerables formas en que la expectación de cierto tipo de conducta por parte de los otros provoca esa misma conducta; es decir, lo que la gente piensa de determinado individuo, determinará en cierto grado lo que es.

No todos los miembros de grupos minoritarios despliegan visibles defensas del Yo. Si lo hacen, parecen ser de dos tipos. El primero, incluye los mecanismos que son esencialmente agresivos, dirigidos hacia el exterior; indican la dirección activa hacia la fuente de la -- dificultad. El segundo incluye formas más introversas. En el primer caso, la víctima culpa de su situación de desventaja a causas exteriores; en el segundo tiende, si no a culparse a sí mismo, por lo menos a tomar sobre sí la responsabilidad de ajustarse a la situación. A los primeros individuos se les designa (ROSENZWEIG) extropunitivos; a los del segundo grupo se les llama intropunitivos.



La deficiencia de este análisis radica en que puede dejar la impresión de una serie desordenada de "mecanismos". Toda personalidad -

es en realidad una configuración. Una misma víctima del prejuicio puede desplegar diversos rasgos, mezclando a menudo algunos extropunitivos con otros intropunitivos.

Como se ha visto anteriormente, una cosa son las diferencias entre los grupos y otra la forma en que son percibidos y lo que se piensa acerca de ella. Posteriormente se examinaron las características de los exogrupos. Ahora, hay que considerar el proceso cognitivo, o sean los procesos mentales personales que se encuentran con el objeto estimulador y los resultados de ese encuentro.

El proceso cognitivo se caracteriza por tres operaciones: - selecciona, acentúa e interpreta los datos sensoriales.

Pensar es básicamente un intento de anticipar la realidad. - Por medio de él se tratan de prever consecuencias y de planear las acciones que permitirán evitar cualquier amenaza y que harán que se realicen los sueños y esperanzas. Es una función activa que consiste en recordar-percibir-juzgar-planear.

Cuando el pensamiento es usado de manera eficiente para anticipar la realidad, se habla de razonamiento. Si realmente hace que la persona avance en su camino hacia objetivos vitales importantes y fundamentales, tomando en consideración, hasta donde ello es posible, las propiedades objetivamente conocidas del objeto estímulo, se dice que la persona está razonando. Por supuesto, puede cometer errores en su razonamiento, pero si la dirección general está orientada de modo realista, se puede afirmar el carácter básicamente racional de su pensamiento. A este proceso normal, por medio del cual se resuelven problemas, suele llamársele pensamiento "dirigido".

A él se le puede oponer el pensamiento fantasioso, autístico o "libre". A menudo, la mente divaga, pasando de una idea a otra, sin hacer ningún proceso en dirección a un objetivo dado. Las enseñanzas diurnas pueden preponer una meta y hacer lograr éxitos imaginarios en

la fantasía; pero por lo común, no hacen avanzar nada. El término pensamiento autístico es apropiado para designar a esta forma menos racional de la actividad mental. Autístico quiere decir "con referencia a sí mismo".

Un acompañamiento importante del pensamiento autístico es la racionalización. A la gente no le gusta admitir que su pensamiento es autístico.

Ya anteriormente se habló de categorías, sin definir las. - Categoría es un agrupamiento accesible de ideas asociadas que en conjunto tiene la propiedad de guiar los ajustes cotidianos. Una categoría es cualquier unidad de organización subyacente en las operaciones cognitivas.

Si bien la mayoría de los seres humanos han aprendido a ser críticos y a tener amplitud de criterio en ciertas regiones de la experiencia, obedecen la ley del menor esfuerzo en otras. Este principio - resulta válido para las relaciones con los seres humanos.

Una de las consecuencias del menor esfuerzo en la categorización de grupos, es que se desarrolla una fé en las escencias. La manifestación extrema del principio del menor esfuerzo se halla en los juicios de dos valores. Un ejemplo supremo de la lógica de dos valores, es el siguiente: los endogrupos son buenos; los exogrupos son malos.

El descubrimiento más trascendente de la investigación psicológica en el campo del prejuicio, es, quizá, el hecho de que los procesos cognitivos de las personas con prejuicios son en general diferentes de los procesos cognitivos de las personas tolerantes. En otras palabras, - el prejuicio de una persona no se limitará de ordinario a ser una actitud específica con respecto a un grupo específico; es más probable que sea un reflejo de toda su manera habitual de pensar sobre el mundo en que vive.

Pero las categorías difícilmente serían formadas sin la existencia de palabras. A fin de que una generalización esté pronta para la reflexión y el recuerdo, para la identificación y la acción, es necesario fijarla en palabras. Sin embargo es un hecho que los sustantivos - escinden la realidad y se transforman en rótulos. Algunos, son muy poderosos y sobresalientes, tienden a impedir toda clasificación alternativa y hasta toda clasificación múltiple, y se les llama "rótulos de potencia primaria," distraen la atención de la realidad concreta.

Muchas categorías tienen dos tipos de rótulos: uno menos emocional y otro más emocional.

La mayoría de los individuos se rebelan si se les pone un rótulo, especialmente cuando es desmerecedor. Cuando los símbolos provocan emociones fuertes, a veces dejan de ser considerados como símbolos y se les toma por cosas reales. Este realismo verbal puede alcanzar magnitudes extremas. Esta tendencia en las palabras refuerza la estrecha cohesión entre categoría y símbolo. Es un hecho bien conocido por los estudiosos de semántica, que el prejuicio es debido en gran parte al realismo verbal y a la fobia a ciertos símbolos.

Para justificar el prejuicio de amor o el prejuicio de odio, el individuo invoca imágenes inherentes a una categoría, pero los estereotipos no bastan para explicar por completo el rechazo. Desempeñan un papel importante en el prejuicio pero no lo explican completamente. Algunos carecen por completo de apoyo en la realidad; otros se desarrollan a partir de la acentuación y la generalización excesiva de los hechos. Una vez formados, hacen que su poseedor encare los datos futuros en términos de las categorías ya existentes. La posesión de estereotipos puede perturbar aún los juicios racionales más simples.

Ya sea favorable o desfavorable, un estereotipo es una creencia exagerada que está asociada a una categoría. Su función es justificar - (racionalizar) la conducta en relación a esa categoría. La categoría, -

la organización cognitiva, el rótulo lingüístico y el estereotipo son - todos aspectos de un proceso mental complejo.

Però los estereotipos cambian a través del tiempo. Desde el - punto de vista de la teoría del prejuicio, la labilidad de los esteroti- pos es importante, pues cambian plásticamente y desaparecen de acuerdo - con la intensidad y la dirección del prejuicio. Però los estereotipos - no son idénticos al prejuicio, son antes que nada racionalizadores y se adaptan a la índole del prejuicio vigente o a las necesidades de la si- tuación.

TEORIAS DEL PREJUCIO.

La orientación teórica general para el problema del prejuicio, depende del acentuamiento que se dé a los determinantes históricos, sociológicos, culturales y situacionales.

Enfoque histórico.- Los estudios históricos son de índole-notablemente diversas. Algunos, pero no todos, acentúan la importancia de los determinantes económicos, como "la teoría de la explotación", que sostienen los marxistas y otros autores con respecto al prejuicio. O.C. Cox señala: "el prejuicio racial es una actitud social propagada entre la gente por una clase explotadora a fin de estigmatizar a algún grupo como inferior, de modo que tanto la explotación del grupo como la de sus recursos puedan justificarse." También argumenta que el prejuicio racial alcanzó alturas sin precedentes durante el siglo XIX, cuando la expansión imperialista de Europa reclamaba alguna justificación. Trás una piadosa preocupación y cierta condescendencia se enmascaraba el provecho comercial derivado de la explotación. Fué durante este proceso de explotación racionalizada que surgió la teoría de la raza, que fúu adoptada como una categoría dada por Dios., no creada por el hombre, para justificar la práctica de la discriminación. Cox arguye que las diferencias de clase constituyen la base de todo prejuicio y que todos los argumentos sobre factores raciales, étnicos y culturales constituye principalmente una máscara verbal.

A pesar de que hay una evidente proporción de verdad en la teoría de la explotación, ésta es débil en muchos aspectos. No logra -- explicar por qué no existen iguales prejuicios contra todos los pueblos explotados. La teoría marxista del prejuicio es demasiado simple, aún -- cuando apunta claramente a uno de los factores implicados en el preju-

cio, o sea en el interés propio, racionalizado, de las clases superiores

Enfoque sociocultural.- Como ejemplo de las teorías de esta clase, está el fenómeno conocido como urbanización y su posible relación con el - prejuicio étnico. El mérito de esta teoría radica en que su lógica se - aplica tanto al antisemitismo como a los sentimientos de desprecio hacia otras minorías que no han "escalado posiciones".

Combinando el énfasis histórico con el sociocultural, se tiene la teoría del prejuicio que lo explica por la existencia de pautas de la comunidad. Aquí se acentúa el etnocentrismo básico de todo grupo.

Thomas y Znaniecki expresan la dinámica de la situación en los siguientes términos: "todo problema cultural alcanza al individuo solo a través de su grupo, el cual, a causa del carácter inmediato de las relaciones que existen entre sus miembros, constituye para cada miembro el -- complejo de valores primario y fundamental. La continua tendencia de la educación social es la de lograr que cada individuo aprecie todo objeto desde el punto de vista de la actitud del grupo hacia ese objeto."

Esta posición combina la historia y la sociología. Señala que los individuos no pueden menos que adoptar los prejuicios de sus antepasados, viendo a cada exogrupo a través de la pantalla de la tradición.

Enfoque situacional.- Si al enfoque sociocultural se le quita la referencia histórica, queda una perspectiva situacional. O sea, el acento no recae - ya en las experiencias pasadas sino en las fuerzas actuales. Existen diversas teorías de esta índole sobre el prejuicio. Lillian Smith, en Killers of the Dream, propone la teoría de la atmósfera: un niño crece rodeado de influencias inmediatas y muy pronto las refleja a todas. Otras teorías situacionales pueden acentuar la situación laboral actual y considerar a la hostilidad, en primer término, como un producto de la competencia económica existente. O pueden considerar el prejuicio sobre todo como un - fenómeno de movilidad social ascendente y descendente. Las teorías situacionales también pueden acentuar la importancia de los tipos de contacto entre los grupos o la densidad relativa de los grupos.

Enfoque psicodinámico.- En oposición con los puntos de vista históricos, económicos, sociológicos o culturales, las teorías que acentúan lo casual en la naturaleza humana son inevitablemente de índole psicológica, como por ejemplo, las convicciones del filósofo Hobbes. Este señala que las fuentes del conflicto radican en 1) el provecho económico; 2) el temor y el impulso defensivo y 3) el deseo de status (orgullo). Para Hobbes estos tres deseos no eran más que aspectos de la tendencia básica del hombre hacia el poder. El mismo punto de vista esencialmente instintivista es sostenido por el hombre de la calle que se enoja de hombres y dice: "El prejuicio es una cosa natural y no hay nada que hacerle".

Este argumento tiene un carácter problemático. Solo se puede señalar la existencia ubicua del conflicto, pero el hecho de que sea tan frecuente no significa que haya un instinto que los sustente. Incluso se puede argüir que lo que el niño busca al comenzar su vida no es "poder tras poder" sino una relación estrecha e integrada con su medio, - incluyendo a todas las personas que lo rodean. La simbiosis y una relación de amor siempre preceden al odio; éste no puede existir antes de que hayan existido frustración y decepción prolongadas y continuas.

La teoría de la frustración es una teoría psicológica enraizada en la "naturaleza del hombre", pero no hace ninguna suposición aventurada acerca de los instintos, admite que las necesidades de integración parecen ser tan básicas como la pretesta y el odio, o aun más básicas, y al mismo tiempo sostiene que cuando los avances positivos y amistosos hacia el ambiente son coartados, resultan de ello consecuencias funestas.

Se puede aclarar la teoría señalando el papel que desempeña la frustración, como causa o intensificación del prejuicio. La privación y la frustración provocan impulsos hostiles. E. C. Tolman⁴ ha señalado "estrechamiento" que se opera en nuestros mapas cognitivos debido a motivaciones demasiado fuertes o a una frustración demasiado intensa. "Bajo una provocación emocional, y la perspectiva que tiene una persona

de su mundo social se restringe y se distorsiona. No puede analizar el mal; solo puede personificarlo.

La teoría de la frustración a veces se conoce con el nombre de teoría del chivo emisario o de la víctima propiciatoria. Todas las formulaciones de esta teoría dan por supuesto que una vez que la cólera ha sido engendrada puede ser desplazada sobre una víctima (sin relación con aquella desde el punto de vista lógico).

Un tercer tipo de teoría de las que se basan en la "naturaleza del hombre" acentúa el factor representado por la estructura de carácter del individuo. Solo en ciertos tipos de personas el prejuicio se presenta como un rasgo importante en sus vidas. Parece tratarse de personalidades inseguras y ansiosas que adoptan el estilo de vida autoritario y exclusionista en lugar del estilo democrático, tranquilo y confiado. Esta teoría recalca la importancia de la educación temprana, señalando que las personas con más prejuicios han carecido de una relación segura y afectuosa con sus propios padres. Por estas u otras razones, crecen ansiosas de claridad, finalidad, autoridad en todas sus relaciones humanas y esta pauta las lleva a excluir y atemorizar a los grupos que les parecen familiares y seguros que el suyo propio.

Enfoque fenomenológico.- La conducta de cada individuo se deriva de modo inmediato de la opinión que tiene de la situación a la que hace frente. Su respuesta al mundo se adapta a su definición del mundo. El nivel fenomenológico es el nivel de causalidad inmediato.

Enfoque de la "reputación bien merecida."- Sería imposible hallar en la actualidad un estudioso de las ciencias sociales que se adhiera por completo a la teoría de la reputación merecida. Algunos propician una teoría de la interacción. Las actitudes hostiles están en parte determinadas por la naturaleza de estímulo (reputación merecida) y en parte por consideraciones esencialmente ajenas al estímulo (utilización de una víctima propiciatoria, la adaptación a tradiciones, los estereotipos, la proyección de la culpa, etc.)

En conclusión, parece ser que la actitud más adecuada frente a esta multiplicidad de enfoques es admitirlos a todos. Cada uno tiene algo positivo. Ninguno posee el monopolio interpretativo, ni hay ninguno que pueda servir como guía segura y exclusiva.

Ya anteriormente se señaló el acentuamiento de la causalidad cultural del prejuicio o sean las influencias externas que modelan las actitudes del individuo. Las personalidades prejuiciosas serán más numerosas en las épocas y lugares donde prevalecen las siguientes condiciones socioculturales:

- 1.- Heterogeneidad en la población.
- 2.- Facilidad para la movilidad vertical
- 3.- Cambio social rápido con la consiguiente anomia.
- 4.- Ignorancia y barreras contra la comunicación.
- 5.- La densidad relativa de la población que compone el grupo minoritario.
- 6.- La existencia de rivalidades y conflictos reales.
- 7.- Explotación con importantes intereses en la comunidad.
- 8.- Beneplácito respecto a las agresiones contra chivos emisarios.
- 9.- Leyendas y tradiciones que apoyen la hostilidad.
- 10.- Actitudes desfavorables tanto con respecto a la asimilación como al pluralismo cultural.

Se ha sostenido a veces, que basta reunir a personas de diferentes razas o colores, de distinta religión o nacionalidad, para destruir los estereotipos y crear actitudes amistosas. Algunos sociólogos sostienen que cuando los grupos de seres humanos se reúnen, pasan normalmente por cuatro etapas sucesivas en su relación. Al principio existe un simple contacto, que conduce pronto a la competencia, la que a su vez da paso a la acomodación y finalmente, a la asimilación. Pero el contacto como variable situacional, no siempre puede superar la variable personal

en el prejuicio. Esto ocurre cuando la tensión interna de una persona es demasiado fuerte, demasiado insistente, como para permitirles beneficiarse de la estructura de la situación externa. Al mismo tiempo, tomando una población de personas comunes con un grado normal de prejuicio, se puede hacer la siguiente predicción general: el prejuicio (salvo que esté firmemente enraizado en la estructura de carácter del individuo) -- puede ser reducido por un contacto a igual status entre los grupos mayoritarios y minoritarios, en procura de objetivos comunes.

No hay ninguna sociedad del mundo en la que no se considere a los niños como pertenecientes al grupo étnico y religioso de sus padres. En virtud del parentesco, se espera que el niño adopte los prejuicios de sus progenitores y también se convierta en víctima de todos los prejuicios dirigidos contra ellos. A causa de este hecho, el prejuicio parece algo heredado, vinculado de algún modo a la descendencia biológica. En realidad, el proceso de transmisión consiste en la enseñanza y el aprendizaje, y no en la herencia. Un niño pequeño tiende a creer que sus padres son omnipotentes. Por qué no habría de incorporar entonces los juicios de ellos como suyos propios?

Psicológicamente, hay formas muy sutiles de adquirir las actitudes de la familia. El proceso al que suele aludirse con mayor frecuencia a este respecto es la identificación. El término sugiere la idea de una inmersión emocional de la persona en otros. Sin embargo, hasta un niño pequeño puede ser escéptico con respecto a las razones que existen para el prejuicio que alientan sus padres. Aún cuando se conforme, puede tener sus dudas. Más tarde puede rechazar totalmente el modelo paterno.

Parece muy probable que los estilos de educación rechazante, negligente e inconsistente tiendan a favorecer el desarrollo de prejuicio.

Se pueden distinguir tres etapas aproximadamente cronológicas en cuanto a la formación de actitudes prejuiciosas: pregeneralización, rechazo total y diferenciación.

No debe pensarse que el aprendizaje subordinado se produce solamente bajo el imperio de patrones culturales. Hay muchas razones personales por las que el prejuicio se desarrolla para apoyar un estilo personal de vida. La imagen de sí mismo que necesita un individuo puede estar determinada por la inseguridad, el temor o la culpa; por un trauma inicial o por la pauta familiar; por el nivel de tolerancia a la frustración o aún por el temperamento innato.

El desarrollo del prejuicio casi nunca está libre de asperezas, porque las actitudes prejuiciosas entrarán casi seguramente en colisión con valores muy asentados que suelen ocupar un lugar tan central e más aún que el de aquellos en la estructura de la personalidad. En muchos casos, la deformación domina de manera clara y señalada. La persona con prejuicios puede estar tan segura de sí misma que no permitirá ni por un momento que su prejuicio se vea fastidiado por sentimientos de duda o culpa.

La gente frena y controla sus prejuicios, especialmente cuando existe un conflicto interior. No los exteriorizan, o solo los exteriorizan hasta cierto punto. El control interno opera de modo distinto en diferentes circunstancias.

Habitualmente, la gente maneja sus impulsos contradictorios, de cuatro maneras psicológicas: 1) represión (negación); 2) defensa (racionalización); 3) compromiso (solución parcial) y 4) integración (auténtica solución).

1.-Represión.-Es un recurso para mantener exitosamente reprimidos problemas indeseables. Negar la existencia de un problema equivale a evitar la confusión que causaría, tanto en la comunidad como en el individuo, si se le enfrentara.

Desde el punto de vista del individuo, admitir el prejuicio es acusarse a sí mismo de ser irracional y carente de ética. Nadie quiere estar en conflicto con la propia conciencia. El hombre debe vivir consigo

mismo y le resulta incómodo admitir que hay una mala integración en su carácter. La represión es un recurso protector.

2.-Racionalizaciones defensivas.-La manera más obvia de afianzar los propios prejuicios y preservarles así del conflicto con los valores éticos, es aportar evidencia a su favor. Otra artimaña defensiva consiste en devolverle la culpa al acusador. También está la defensa por bifurcación y la falacia de grupo.

3.-Soluciones de compromiso.-Un hecho sobresaliente de la vida social es que la multiplicidad de roles que tiene que desempeñar un hombre lo obliga a una conducta incoherente. Este manejo de conflicto podría ser llamado técnicamente una "alternancia". Cuando se suscita un marco de referencia determinado, se pone en juego una serie de actitudes y hábitos subsidiarios; cuando se suscita un marco de referencia opuesto, se activa una serie bastante disímil de disposiciones. Esta alternancia hace que ciertas racionalizaciones sean plausibles y, es uno de los métodos más comunes para manejar el conflicto interior. Es muy importante el factor de los múltiples roles que desempeña el individuo. Cuanto más diversificada es la estructura de su ambiente, mayor es la presión que se ejerce sobre él para que se adapte de maneras contradictorias.

4.- Integración (auténtica solución). Algunas personas consideran que la alternativa es una amenaza para su integridad. El individuo debería seguir siendo el mismo en todas y cada una de las circunstancias ese es lo que se anten; la necesaria adaptación a los distintos roles debería ser solamente superficial. No tendría que ser tan seria como para escindir el sistema básico de valores que sostiene el individuo. Esta lucha por la integridad y la madurez requiere una coherencia que es extremadamente difícil de lograr.

Pocas son las personas que logran un tipo de integración de la personalidad, en que han desaparecido los espantajos raciales y los chivos emisarios tradicionales, que nada tienen que ver realmente con las desventuras de la vida.

Quizá sean pocas las personas que logran este tipo de integración, pero un número mucho mayor está bien adelantado en el camino hacia esa meta. Ellos llegan a tener un punto de vista humanitario porque saben que la mayor parte de la gente no son enemigos suyos que muchos villanos a los que se acusa en una sociedad no son peligrosos ni están tramando nada en su contra. El resentimiento y el odio que pueden abrigar, lo reservan estrictamente para aquellos que en realidad amenazan sus sistemas básicos de valores. Solo una personalidad organizada de esa manera puede estar integrada totalmente.

Los prejuicios no tienen siempre un carácter de humillación y de rebajamiento, sino que, a veces, tienden a la sobreestimación, al engullecimiento y a la arrogancia.

Se ha comprobado que el prejuicio no es instintivo, que no se le encuentra en los niños, sino que se les sugiere e inculca.

Langille señala cinco clases de prejuicios: culturales, raciales, de grupo, económicos y religiosos.

Los Sheriff (M. y Carolyn) postularon: de "ordinario, no son factores aislados los que conducen a los individuos a la formación de actitudes prejuiciosas. Antes bien, la formación de esas actitudes - está funcionalmente ligada al proceso por el que se llega a ser miembro del grupo, adoptando sus valores (del grupo) e normas, como principal referencia para la regulación de la experiencia, y la conducta.

Heintz señala que las ideas sobre las que el individuo orienta su actuación, se refieren no solamente a las personas y cosas con las que está en contacto en su vida diaria y suele mantener relaciones duraderas, sino que comprenden también, a ciertas personas y cosas con las que no ha tenido experiencias personales directas.

Las ideas demasiado generales y abstractas, también representan una realidad social de peculiar naturaleza. Los prejuicios en este sentido generalísimo, también pueden servir de orientación aunque sean -

abstractos e incoherentes. La mayoría de las personas integrantes de las modernas sociedades occidentales, parece poseer una idea de la estratificación social en distintas clases sociales, de acuerdo con ella, ciertas características de la situación clasista, se manifiestan en la elección de uno u otro sistema social de referencia. Se puede clasificar a las personas, según tiendan a creer en propiedades congénitas del carácter o en la posibilidad de que la educación transfiera la naturaleza humana.

Las personas se distinguen también, según que vean en la sociedad más bien una jungla humana, en la que cada cuál está contra todos (lo que parece caracterizar precisamente a la personalidad con prejuicios) o bien, que crean en una disposición general de los hombres a cooperar entre sí (de lo que podría ser modelo la teoría de la reciprocidad de K. Roptkin).

Se estará más cerca del concepto restringido de prejuicio social si se parte del hecho de que a ciertas categorías de personas, más o menos arbitrariamente descritas, se les atribuye y supone ininterrumpidamente determinadas propiedades; de que los componentes individuales de dichas categorías se comportan de acuerdo con ciertas esperanzas. En principio, se puede suponer que se encontrará especialmente tal caracterización general, al formarse un juicio sobre personas o cosas que no entran en el campo personal e inmediato de experiencia.

Las experiencias personales no conducen siempre, ni siquiera con carácter general, a que el tópico cultural, íntimamente ligado a las correspondientes categorías, se revise de acuerdo con dichas experiencias. Se ha querido ver, en este estado general de cosas, un criterio de los prejuicios, concretamente en el hecho de que éstos son relativamente rígidos, en contraposición al error, en que el individuo se muestra dispuesto a hacer una revisión al conocer hechos que hasta entonces había ignorado.

El concepto de la llamada "Self fulfilling prophesy" ha sido empleado por Robert K. Merton (The Self fulfilling prophesy and -

the Antisch Review, 1948, 9 pp 193 ss) y según el cuál, un determinado pronóstico puede crear precisamente, las condiciones necesarias para el cumplimiento del mismo.

Es sabido, que en el trato social entre personas, se ponen en movimiento fuerzas que inducen al individuo, frente a los miembros de grupos de los que él mismo forma parte, a desempeñar un papel que concuerde con las esperanzas que el otro tiene de él. Por lo demás, esto es válido, no solo frente a los miembros de la propia categoría o grupo, a veces se puede aplicar hasta a la relación con los miembros de otros grupos, precisamente para corresponder a las esperanzas, todavía no dispuestas, de los otros; es decir, para estructurar una situación, eliminando en ello una cierta inseguridad que se produce -- siempre que alguien piensa que el otro no tiene una imagen precisa de él, y esto ocurre muchas veces, incluso cuando la imagen que se suscita en el otro, es poco halagadora. En los casos en que la self fulfilling prophesy es eficaz, la conciencia de la pertenencia a una categoría, -- crea accidentalmente un malentendido de hecho, fenómeno analizado por -- Gustav Ich Heiser, en su trabajo "Misunderstandings in Human Relations", de acuerdo con él, la persona con prejuicios tiene frecuentemente razón si bien, solo en sentido superficial. El malentendido resulta no solo de las ideas preconcebidas de tal persona, sino también, de la conducta conformista y concuerde con las esperanzas con lo que se ratifica la -- opinión estereotipada. Sin la presión de estas esperanzas, la persona juzgada se habría conducido de forma muy distinta, hecho que la persona predispuesta puede no tener en cuenta. La identidad de la realidad con la esperanza no excluye pues, un auténtico malentendido, que en definitiva, es consecuencia de un prejuicio social existente.

En lo relativo a la motivación de una conducta conforme con las esperanzas, se podría creer que tal conducta, es exclusivamente una función del prestigio que resulta del papel correspondiente. Desde luego, este papel del prestigio no es de exagerada importancia, sobre todo

si se piensa que toda desviación de la conducta con relación a las normas sociales, parece tener como consecuencia una pérdida relativa.

Lo que ocurre, es que el individuo se siente irritado cuando la realidad no corresponde a las propias ideas estereotipadas, sobre todo si tales ideas son emocionales, como sucede precisamente con los prejuicios en el sentido más estricto. El prejuicio social supone que existe una firme relación entre una determinada categoría social y determinadas características que normalmente no se emplean con criterio para la fijación de la pertenencia a la categoría en cuestión. Ahora bien, la capacidad de hacer categorías, no se identifica con el conocimiento de la categoría misma (7).

A tales categorías se asocian, por regla general, determinadas ideas con una gran carga emocional, positiva o negativa, y a las que se denomina ideas estereotipadas.

Las categorías sociales, por consiguiente, con sus correlativas ideas estereotipadas, pueden cumplir doblemente la función de orientación social de la persona, si se tiene presente el aspecto " objetivo y el normativo" de la orientación social por categorías sociales, reconociéndose que el concepto de prejuicio no puede estar en relación mas que con el primero y nunca con el segundo, toda vez que la norma - no constituye, por principio, ningún prejuicio sobre relaciones reales y no es per tanto, nunca un prejuicio. Se puede decir, que la sociedad tiende con mayor o menor éxito a que los prejuicios de difusión general, se vean confirmados posteriormente en la realidad. Se consigue en los grupos que están totalmente integrados en la sociedad, que en los que viven segregados de algún modo del resto de la sociedad.

Dicha confirmación de la "self fulfilling prophesy" presupone, por lo general, que el prejuicio impregna no solo la imagen que se tiene del otro, sino también, la que se tiene de sí mismo, cosa que evidentemente no se puede aceptar desde el principio como natural.

La problemática decisiva del prejuicio social, se plantea en la mayoría de los casos, en el momento que la idea que los miembros de un grupo o categoría se hacen de sí mismos, deja de coincidir con la idea que los miembros de otro grupo tienen de los primeros. Cuando las ideas que se refieren al mismo objeto, discrepan entre sí, el grupo afectado piensa que el otro tiene un prejuicio contra él.

A esta definición del prejuicio social, se contraponen otra mucho más ambiciosa, según la cual, el prejuicio se caracteriza por su no identificación con la realidad; según ella, por tanto, la personalidad libre de prejuicios se reconoce en que comprueba sus juicios con los hechos, e por lo menos, trata de comprobarlos con los medios de que dispone.

Si se sienta como único criterio de los prejuicios, su deficiente verificación, se llegará ineludiblemente a la conclusión de que no hay ni en el futuro pedrá haber nunca, individuos libres de prejuicios, pero que, unos más, otros menos, todos tenderán a aplicar sus propios prejuicios con cautela, en tanto no les sea posible verificarlos y que unos más, otros menos, todos estarán dispuestos a revisar sus propios prejuicios, ante nuevos hechos.

Tanto para los tópicos como para los conceptos científicos, vale el principio de que las ideas estereotipadas están en condiciones de influir esencialmente sobre la percepción, de que centran la atención en una dirección determinada, de que actúan como un filtro que lleva a percibir solo aquello que corresponde a la idea que se hace de la realidad.

Dada la extensa gama de variaciones de la personalidad humana que se puede observar en todas las culturas y sociedades, no es nada improbable que el individuo se encuentre con miembros de la categoría estereotipada que confirman sus ideas sobre los mismos. Incluso en el caso de que el individuo con prejuicios advierta expresamente -

que hay excepciones de la idea estereotipada, ello no significa que -
esté dispuesto a hacer concesiones a la realidad. Mediante el recono-
cimiento de excepciones, el individuo con prejuicios se engaña a sí -
mismo por encima de su propia falta de objetividad.

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Allport G.: La Naturaleza del Prejuicio.- EUDEBA. Buenos - Aires. 1968.
- 2.- Jahoda, Marie & Warren Neil.: Attitudes.
Newcomb, T.M.: Los Componentes Sociales del concepto de Actitud.
Asch, S.E.: Las Actitudes como estructuras cognitivas.
Kelman, H.C.: Three Processes of Social Influences.
Citadas por Arvizu M.: Actitudes y Prejuicio en parejas de - novios. (estudio exploratorio). Tesis recepcional. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. U.N.A.M. México. 1970.
- 3.- Baumgarten F.: Angustia Vital y Prejuicio. Estudio de las relaciones Humanas aberrantes. Ediciones Morata. Colección Agata. Madrid. 1961.
- 4.- Heintz M.: Los prejuicios Sociales. Colección de ciencias Sociales. Seminario de Sociología. Ed. Tecnos. Madrid. 1957. pp 45.
- 5.- Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D.J. & Sanford, R.N. The Authoritarian Personality. New York. Harper. 1950 .
Ibidem # 2.
- 6.- Radesh R.: Consideraciones generales acerca del prejuicio. Tesis recepcional. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. U.N.A.M. México. 1956. Citada por Arvizu M. Ibidem # 2.
- 7.- Spret, W. J.H.: Grupos Humanos. Ed. Paidós, Biblioteca del hombre Contemporáneo. Buenos Aires. 1964.

JUSTIFICACION:

El desempeño de las labores cotidianas cerca del ámbito en el que se desarrollan las actividades médicas a nivel institucional genera, de manera casi inevitable, muchas dudas para el observador de la conducta humana. Tal vez un examen superficial mostraría varias deficiencias en la relación médico paciente pero si se quiere proceder con una metodología científica habría que pasar a la comprobación y es por esto que se ha elaborado el presente estudio de campo a fin de conocer, en lo posible, los factores que están determinando dichas diferencias.

Por otra parte la misma Institución no se ha avocado a la investigación sistemática de éstos fenómenos y carece de los instrumentos de valoración respectivos y en nuestro medio no existen los suficientes estudios al respecto; los que hay han enfocado el problema desde otros aspectos mas que analizar el papel que desempeñan y cómo se relacionan los protagonistas de esta relación humana caracterizada por perfiles psicológicos personales.

Tal vez sea demasiado ambicioso el pretender que éste estudio despeje todas las incógnitas, pero podría ser, el incentivo para que investigadores mas calificados se interesen por dilucidar dicha problemática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Antecedentes.-

La Dirección de Salubridad en el Distrito Federal, es una organización aplicativa y técnica, a quien corresponde velar por la salud de 5 124 742 habitantes que integran la población del Distrito Federal (en la actualidad aproximadamente son 8 millones), depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Subsecretaría de Salubridad.

Funciona de acuerdo con las disposiciones contenidas en el Código Sanitario en vigor .

Para su funcionamiento aplicativo, cuenta con Distritos Sanitarios, urbanos y periféricos, constituidos por cuencas sociológicas que corresponden a la división política del Distrito Federal.

En cada Distrito Sanitario existe un Centro de Salud que tiene carácter de Jefatura de Distrito. El programa operante está bajo la responsabilidad de las Unidades que dependen de las jefaturas de los Distritos Sanitarios y que se encargan de coordinar las actividades de las unidades dentro de su jurisdicción territorial, con la programación y planificación de la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal. Los programas que desarrollan las unidades son: de Salud Familiar, del Saneamiento del Medio, de Educación Higiénica, de Higiene Mental, de Epidemiología, de Enfermería Sanitaria, de Trabajo Social, de Rehabilitación y de Odontología, todos cuentan con sus servicios de laboratorio y gabinete, archivo clínico y los correspondientes administrativos (1).

A continuación se señalan algunos párrafos de interés del Reglamento de Condiciones Generales de Trabajo en la Secretaría de Salud y Asistencia.

Capítulo II

Intensidad y calidad del trabajo

Artículo 3º.- La intensidad del trabajo estará determinada por el conjunto de labores que se asignen para cada empleado en los reglamentos interiores de las dependencias y de la Secretaría y no podrán ser mayor que la racional y humanamente pueda desarrollarse, sin esfuerzo exagerado, por una persona normal y competente para el objeto en las horas señaladas para el servicio.

Artículo 4º.- La calidad del trabajo estará determinada por la índole de funciones o actividades que deba desempeñar el trabajador de acuerdo a su nombramiento o contrato de trabajo respectivo y por el cuidado y esmero con que deberá ejecutarlas.

Artículo 6º.- El trabajo podrá ser permanente o accidental, el permanente es el desempeñado por empleados de base mediante nombramiento definitivo....(Se entiende por plaza federal aquella que es cubierta mediante fondos de la Federación; y plaza de subsidio la que es cubierta mediante fondos manejados por la Asistencia Pública.

El accidental es el desempeñado por trabajadores mediante nombramiento interino, por tiempo fijo o para obra de trabajo determinado, y el ejecutado por personal supernumerario cuyos salarios se cubran por medio de lista de raya o con cargo a partidos de sumaalzada del Presupuesto de Egresos.

El trabajador interino cesa automáticamente por el reingreso del titular o por el nombramiento definitivo del que lo substituya...

Capítulo III.-

Jornada de trabajo y horarios

Artículo 72 .- Para los efectos de este reglamento se entiende por -
jornada de trabajo el tiempo diario que el trabajador está obligado a
laborar, de acuerdo con el Reglamento Interior de la Dependencia donde
preste sus servicios.

Artículo 112 .- Queda prohibido a los empleados permanecer en las ofi-
cinas o Dependencias de la Secretaría, después de las horas de trabajo,
salvo en los casos de desempeño de labores extraordinarias o autoriza-
ción de los jefes respectivos.

Capítulo V

Control de Asistencia de trabajo

Artículo 16.- Para la entrada de trabajo y registro del tiempo se con-
cede al trabajador una tolerancia de diez minutos después de la hora -
señalada para iniciar sus labores. La salida se efectuará precisamente
a la hora que esté fijada, estando autorizados los trabajadores para -
suspender sus labores diez minutos antes de la hora de salida.

Capítulo XII

Salarios

Artículo 73.- De los salarios de los trabajadores solo podrán hacerse
las retenciones, descuentos o deducciones que autoriza el artículo 35
del Estatuto de la siguiente manera....

El monto total de los descuentos a que se contrae el presente artículo
no podrá exceder el 30% del importe del salario total....

Capítulo XIV

Derechos y obligaciones de los trabajadores

Artículo 84.- Son derechos de los trabajadores

VIII.- Ser tratado en forma atenta por sus Jefes, compa-
ñeros e inferiores.

Artículo 85.- Son obligaciones de los trabajadores:

II.-Asistir con puntualidad al desempeño de sus labores y cumplir con las disposiciones que se dicten para comprobar la asistencia.

VII Ser respetuosos con sus superiores y atentos con sus iguales y subalternos.

VIII Desempeñar las funciones propias de su cargo con todo celo y diligencia

IX.- Tratar con cortesía y diligencia al público.

XII Observar una conducta decorosa en todos los actos relacionados con su trabajo.

XIII No dar motivo con actos escandalosos u otros hechos a que de alguna manera se menoscabe su buena reputación, indispensable para permanecer al servicio de la Secretaría.

XIV.- Abstenerse de denigrar los actos del Gobierno y de fomentar por cualquier medio que sea, la desobediencia a su autoridad.

Artículo 86.- Queda prohibido a los trabajadores

IV.- Recibir gratificaciones u obsequios de particulares en relación con el despacho de asuntos oficiales.

Capítulo XVI

Sanciones

Artículo 95.- Se entiende por extrañamiento, la severa advertencia que se hace al trabajador con motivo de faltas cometidas en el desempeño de sus labores. Nota mala es una marca de demérito en la actuación del trabajador.

Artículo 96.- Los extrañamientos se harán a los trabajadores por escrito, directamente por el Jefe de la Dependencia a que pertenezcan, con copia al Departamento de Personal y a la representación sindical correspondiente. Proceden en los siguientes casos:

I.- Por faltas leves de disciplina.

II.- Por omisiones que no reporten perjuicio a la Secretaría.

III- Por falta de atención en el desempeño de sus labores.

Artículo 97.- Las notas malas las impondrá el Departamento de Personal, a solicitud, en su caso, de la Dependencia donde preste sus servicios el trabajador, con expresión de la falta cometida. Esta sanción se comunicará directamente al afectado, con copia a la Comisión Mixta de Escalafón, al Jefe de la Dependencia y a la representación sindical correspondiente.

Procede una nota mala por cada una de las siguientes faltas:

I.- Por presentarse tres veces por cada mes al desempeño de sus labores después de los 10 minutos de tolerancia concedidos para ello, pero antes de 30 minutos de la hora reglamentaria.

III Por abandono de sus labores, sin autorización o causa justificada dentro de los horarios reglamentarios.

IV- Por negligencia o notorio descuido en el trabajo

VI- Por no obedecer las órdenes de sus superiores

VII Por falta de atención al público.

Artículo 99.- Las notas malas se tendrán en cuenta en demérito del trabajador en los casos de ascenso.

Capítulo XVII

Recompensas

Artículo 101.- Las recompensas a que tendrán derecho los trabajadores de la Secretaría serán los siguientes:

I.- Menciones honoríficas.

II.-Notas buenas.

III Pecuniarias

IV- Ascenso al puesto inmediato superior. (2)

En la época en la que se llevó a cabo el presente estudio el salario devengado por los médicos trabajadores de la Dirección Ge-

neral de Salubridad en el Distrito Federal era:

Para los médicos con plaza Federal.-

Categoría A \$ 500.00 hora mes más el 20%

Categoría B \$ 550.00 hora mes, más el 20%

Categoría C \$ 600.00 hora mes, más el 20%

Categoría D \$ 650.00 hora mes, más el 20%

Categoría E \$ 700.00 hora mes, más el 20%

Categoría F \$ 750.00 hora mes, más el 20%

Para los médicos de Subsidio

Categoría D \$ 780.00 hora mes, más el 20%

Categoría E \$ 900.00 hora mes, más el 20%

Categoría G \$ 840.00 hora mes, más el 20%

Categoría H \$ 1020.00 hora mes, más el 20%

(Aunque en la actualidad éstos sueldos se han modificado).

De la lectura de los pasos anteriores se desprende la siguiente pregunta:

¿ Estas situaciones podrían ocasionar prejuicio y frustración en el médico de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal que influirían en su actitud hacia el trato con los pacientes ?

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS:

Hipótesis de trabajo: El prejuicio y la frustración influyen en la actitud del médico hacia el trato con sus pacientes.

Hipótesis alterna: A) El médico se encuentra frustrado, pero no necesariamente perjudicado, lo que influye en la actitud hacia el trato con sus pacientes.

Hipótesis alterna: B) El médico se encuentra perjudicado, pero no necesariamente frustrado, lo que influye en la actitud hacia el trato con sus pacientes.

Hipótesis Nula: En el médico el prejuicio y la frustración no influyen en su actitud hacia el trato con los pacientes.

ELABORACION DE LA ENCUESTA:

Per observaciones realizadas en la práctica diaria; así como las frecuentes comentarios hechos por las personas que asistían a cualquiera de los servicios del Centro de Salud, el 90% de los médicos impresionaban por su actitud que denotaba frustración hacia el desempeño de sus labores y mostraban una actitud prejuiciada hacia el trato con sus pacientes; para comprobar ésta impresión se tomó una muestra de 79 médicos a quienes se les aplicó un cuestionario compuesto de 100 reactivos.

Para la elaboración del cuestionario se llevó a cabo un estudio preliminar que trataba de investigar cuáles eran las quejas más frecuentes de los asistentes a consulta a los distintos servicios de los Centros de Salud. Se encontró que en su gran mayoría, éstas quejas se referían al trato que recibían de sus médicos, y, los menos, a problemas de índole administrativa.

Entre los primeros se encontraron las siguientes quejas:

- 1.-El médico les hace esperar un tiempo prolongado para darles una consulta breve.
- 2.-Sienten que el médico no se interesa en ellos.
- 3.-El trato que reciben del médico es agresivo.
- 4.-Piensan que el médico les trata como si " fueran inferiores".
- 5.-Expresan que si fueran pacientes particulares recibirían una atención más cuidadosa y esmerada por parte del médico.
- 6.-El médico dispersa su tiempo porque tiene problemas administrativos.

Entre los problemas de índole administrativa se encontraron las siguientes quejas:

- 1.-Reciben trato inadecuado por parte del personal administrativo.
- 2.-Los expedientes se extravían, o bien no están con el médico a la hora de la consulta, o les llevan a otro servicio.

Se preguntó a los pacientes qué deseaban o qué esperaban obtener

de los servicios que ofrecía el Centro de Salud, encontrándose que:

- 1.-Esperaban una atención mas tolerante y comprensiva del médico hacia ellos.
- 2.-Deseaban ser escuchados con paciencia y atención por parte del médico.

Teniendo ésta información, se pensó en las posibilidades de conocer el punto de vista del médico, para ello se hizo un estudio tratando de investigar dicha situación; los resultados obtenidos en éste estudio fueron contradictorios por lo que se pensó en obtener datos que intentaran unificar el punto de vista médico. Tomando en cuenta la opinión de los pacientes, así como los comentarios de los médicos se realizó el siguiente cuestionario:

Señor Doctor:

Adjunto a la presente encontrará usted un cuestionario que forma parte de una investigación de la suscrita dirigida a conocer los problemas originados en el desempeño de la práctica médica a nivel institucional.

Como es fácil comprender; esta investigación no será posible sino se cuenta con el entusiasmo y colaboración del H. Cuerpo Médico; su participación será anónima sin registro o clave alguna, ya que solo interesa el conocer la manera de pensar de la clase médica.

Dada su extensión, es de desearse que la contestación se efectúe sin premura alguna, en el sitio más conveniente para cada uno y en forma absolutamente individual.

Cada pregunta se contestará según el grado en que esté de acuerdo o desacuerdo con la aseveración. Consta de seis categorías que van, desde Totalmente en Desacuerdo, Muy en Desacuerdo, en Desacuerdo, hasta de Acuerdo, Muy de Acuerdo y Totalmente de Acuerdo eligiendo solo una de éstas categorías por medio de una (X) en la columna correspondiente.

Agradezco de antemano su colaboración que a no dudarlo, se traducirá en una mejor comprensión de los problemas del médico mexicano y quizá en un futuro, en solución.

Atentamente

Psic. Ma. Magdalena Fontecilla

Marque con una cruz en la columna correspondiente recordando que:

- TD=Totalmente en Desacuerdo
- MD = Muy en Desacuerdo
- D = Desacuerdo
- A = de Acuerdo
- MA = Muy de Acuerdo
- TA = Totalmente de Acuerdo

- 1.- Prefiero no tener que acercarme a los pacientes.
- 2.- El tiempo que tengo designado para cada paciente me imposibilita a realizar un diagnóstico acertado.
- 3.- Realizo el trabajo completamente a mi gusto.
- 4.- Cuando tengo problemas personales la consulta me irrita.

	TD	MD	D	A	MA	TA
0	1	2	3	4	5	
1	0	2	3	4	5	
5	4	3	2	0	1	
1	0	2	3	4	5	

- 5.- El personal que trabaja bajo mis órdenes es incompetente.
- 6.- Tratándose de pacientes indigentes prefiero el medio rural para atenderlos.
- 7.- Considero mi trabajo como -- una realización de mi mismo.
- 8.- En mi labor actual me siento fracasado.
- 9.- Tarto a mis pacientes enérgicamente.
- 10.- El puesto que desempeño (o - la plaza que tengo) es:
- A.- de Base
 B.- Supernumerario
 C.- de Subsidio
 D.- Servicio Social
 E.- Estoy "haciendo méritos" = mientras me dan la plaza.
 F.- No sé
- 11.- Aún en la consulta privada - hago esperar a mis pacientes.
- 12.- Dedico tiempo extra en atender a mis pacientes y nadie reconoce la labor desempeñada.
- 13.- En ocasiones he pensado cambiar de trabajo.
- 14.- Trato de dar atención cuidadosa a mis pacientes pero el exceso de consulta me impide realizarlo.
- 15.- Dificilmente puedo trabajar porque hay mucha política en tre mis compañeros.
- 16.- Al elevar el precio de la consulta el paciente apreciaría mejor el servicio.
- 17.- Estoy conforme con la plaza - que tengo.
- 18.- Mis pacientes particulares -- pertenecen a la clase Socioeconómico :
- 19.- Cuando logre formar suficiente clientela me dedicaré tiempo-completo a la práctica privada.
- 20.- La única forma de ser puntuales es por la presión de la - tarjeta checadora.
- 21.- Mis casos clínicos los p^{ra} -- sento a los alumnos o estu^{di} dantes .
- 22.- Me gustaría descansar entre paciente y paciente .

TD	MD	D	A	MA	TA
2	1	0	3	4	5
1	0	2	3	4	5
5	4	3	2	1	0
1	0	2	3	4	5
1	0	2	3	4	5
A	B	C	D	E	F
0	1	2	3	4	5
TD	MD	D	A	MA	TA
1	0	2	3	4	5
1	0	2	3	4	5
5	4	3	0	1	2
1	0	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
5	4	3	0	1	2
4	2	1	3	5	
Pobre Media Media Media Alta					
baja media alta					
De todo: 0					
TD	MD	D	A	MA	TA
1	0	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
1	0	2	3	4	5
5	4	3	0	1	2

23.- Creo que otras instituciones (ISSTE, IMSS, PETROLEOS, etc) ofrecen mejores prestaciones y sueldos .	TD	MD	D	A	MA	TA
	5	4	3	2	1	0
24.- Estoy decepcionado de haber estudiado tanto para terminar tratando enfermos de condición social tan baja .	0	1	2	3	4	5
	5	3	1	0	2	4
25.- Los jefes tienen poco aprecio a mis esfuerzos.	A	B	C	D	E	F
	5	0	1	2	3	4
26.- ¿Cuánto tiempo real dedica a cada paciente ? A.- Menos de 10 mins. B.- 15 a 20 mins. C.- 25 a 30 mins. D.- 35 a 40 mins. E.- 45 a 50 mins. F.- 60 mins. o más .						
27.- Las personas de clase acomodada son mejores pacientes al tener más inteligencia y comprensión.	TD	MD	D	A	MA	TA
	0	1	2	3	4	5
28.- Los pacientes pobres son inferiores.	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
29.- Está conforme con los aumentos que le dan.	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
30.- Pienso que en mi trabajo -- las oportunidades de prosperar intelectualmente son mínimas o no existen .	0	1	2	3	4	5
	Pobre	Media baja	Media media	Media alta	Alta	de todo
31.- Considero que en mi consulta particular son más agradecidos los pacientes de la clase Socioeconómica:	3	2	1	4	5	0
	TD	MD	D	A	MA	TA
32.- Hay muchos chismes en el -- Centro de Salud.	3	1	0	2	4	5
	2	1	0	3	4	5
33.- Un médico que no trabaja en alguna Institución Pública -- tiene disminuído su prestigio social .	5	4	3	0	1	2
	0	1	2	3	4	5
34.- He hecho amigos entre los -- enfermos o familiares .	0	1	2	3	4	5
	5	4	3	2	1	0
35.- A los pacientes pobres hay -- que tratarlos autoritariamente porque si no se volverían desagradables.	5	4	3	2	1	0
	5	4	3	2	1	0
36.- La medicina "socializada" -- terminó con la explotación -- que algunos médicos hacían -- con sus pacientes .	5	4	3	2	1	0

¿ Tiene Ud. algún otro trabajo aparte de Salubridad ?

Si ()

No ()

- 37.- Lo que más me molesta de los pacientes que asisten al --- Centro de Salud es :
- A.- Su impuntualidad
 - B.- Su ignorancia
 - C.- Su incapacidad de seguir indicaciones
 - D.- Su inconstancia
 - E.- Su desaliño
 - F.- Su pobreza

A	B	C	D	E	F
2	5	4	1	3	0

- 38.- En las circunstancias actuales de trabajo el tratamiento que más empleo es el sintomatológico.

TD	MD	D	A	MA	TA
1	0	2	3	4	5

- 39.- Toda la gente que asiste a -- consulta es pobre.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 40.- Trabajo sin esperar recibir-ningún tipo de reconocimiento por la labor que desempeño.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 41.- La actitud predominante que-tengo hacia los pacientes es:
- A.- Autoritario
 - B.- Firme
 - C.- Los dejo hacer lo que quieren
 - D.- Tolerante
 - E.- Indiferente
 - F.- Agresiva

A	B	C	D	E	F
2	0	3	1	4	5

- 42.- Creo que sin la ayuda de un-programa, el trabajo estaría-desorganizado.

TD	MD	D	A	MA	TA
5	4	3	0	1	2

- 43.- Tengo citada más gente de la que puedo atender.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 44.- Trato bien a mis pacientes--pero difícilmente los conver-tiría en mis amigos.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 45.- Mis honorarios en la consul-ta particular son:
- A.- menos de \$50.00
 - B.- de 50.00 a 100.00
 - C.- de 150.00 a 200.00
 - D.- de 250.00 a 300.00
 - E.- más de 300.00
 - F.- No tengo consultorio.

A	B	C	D	E	F
0	1	3	4	5	2

- 46.- En vez de práctica privada--prefiero un trabajo como mé-dico Institucional de carre-ra.

TD	MD	D	A	MA	TA
2	5	0	1	4	3

- 47.- Importa poco la cantidad de medicamento que se dé a los pacientes, ya que la consiguen a un precio módico en-la farmacia del centro.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 48.- El ambiente de mi trabajo -se presta poco para conocer gente valiosa.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

	TD	MD	D	A	MA	TA
49.- Considero mi trabajo como -- una necesidad.	1	0	2	3	4	5
50.- La única satisfacción que reciben los médicos es de tipo personal, ya que nadie reconoce su labor.	2	1	0	3	4	5
51.- Checar tarjeta es impropio a mi condición de médico.	4	1	0	2	3	5
52.- Se debería exigir a los pacientes que se asearan antes de venir a consulta.	1	0	2	3	4	5
53.- Me disgusta tener que seguir un programa de trabajo.	2	1	0	3	4	5
54.- Aunque los considero con los mismos derechos, no permitiría que mi hija tuviera relaciones de noviazgo con un paciente de mi consulta.	1	0	2	3	4	5
55.- Las labores que realizo en el Centro de Salud me dan crédito suficiente como para crearme un prestigio.	5	4	3	2	1	0
56.- Mis pacientes me traen regalos al alcance de sus posibilidades. (como pollos, huevos)	2	1	0	3	4	5
57.- Considero que hay demasiados descuentos en mi pago quincenal.	2	1	0	3	4	5
58.- Dispongo de tiempo para reunirme con mis compañeros y cambiar impresiones.	5	4	3	0	1	2
59.- Mi trabajo actual me da suficiente seguridad para el futuro de mi familia.	1	0	2	3	4	5
60.- Me es muy importante la gratitud de mis pacientes.	2	1	0	3	4	5
61.- Los pacientes de mi consulta solo tratan de explotar y sacar provecho personal de la Institución.	0	1	2	3	4	5
62.- El servicio podría mejorarse si se elevara la cuota por consulta.	1	0	2	3	4	5
63.- Estoy a disgusto con las normas establecidas en el lugar donde trabajo.	1	0	2	3	4	5
64.- La socialización de la medicina coartó las posibilidades de lucro de los médicos.	0	1	2	3	4	5
65.- Me gustaría que los pacientes reconocieran los esfuerzos que se hacen por ellos.	2	1	0	3	4	5

66.- Dentro del Centro de Salud -- utilizo los medios paraclínicos y las interconsultas.	TD	MD	D	A	MA	TA
	5	4	3	2	1	0
67.- La gente que asiste a consulta soporta malos tratos por parte del personal ya que no le queda otro remedio.	0	1	2	3	4	5
68.- El tiempo designado a la consulta es insuficiente y me obliga a realizar exploraciones deficientes.	0	1	2	3	4	5
69.- Debido a los bajos sueldos la salud tiene mucha gente im preparada.	2	1	0	3	4	5
70.- Puede haber algunas excepciones pero en general los pacientes son todos iguales.	0	1	2	3	4	5
71.- Debo ser autoritario o los pacientes desatenderían mis instrucciones.	0	1	2	3	4	5
72.- Tengo que someterme a las exigencias de la superioridad.	2	1	0	3	4	5
73.- Tengo toda clase de facilidades para desarrollar mi trabajo (como material y equipo).	1	0	2	3	4	5
74.- Atiendo pacientes en el Centro de Salud fuera de mis horas de trabajo.	2	1	0	3	4	5
75.- En mi consulta particular prefiero atender a clase:	A	B	C	D	E	F
A.- Indigente	4	3	1	2	5	0
B.- Media Baja						
C.- Media Media						
D.- Media Alta						
E.- Alta						
F.- de todo.						
76.- Todos los pacientes que acuden al Centro de Salud son -- torpes.	TD	MD	D	A	MA	TA
	0	1	2	3	4	5
77.- Es innecesario dar mucho tiempo a los pacientes ya que no comprenden el interrogatorio.	0	1	2	3	4	5
78.- Hago esfuerzos adicionales -- cuando se trata de personas -- recomendadas.	0	1	2	3	4	5
79.- El lugar en donde trabajo es -- agradable (consultorio).	5	4	3	0	1	2
80.- Mi trabajo actual tiene futuro	5	4	3	2	1	0
81.- Me siento obstaculizado para -- realizar mis ambiciones políticas.	5	4	3	2	1	0

82.- El tiempo que considero mínimo para hacer un diagnóstico pre-suncional en la primera consulta es:

- A.- 12 minutos o menos
- B.- 20 "
- C.- 30 "
- D.- 45 "
- E.- 60 "
- F.- más de 60 mins.

A	B	C	D	E	F
2	1	0	4	3	5

83.- Si los pacientes pagaran más -- esto sería una motivación para el médico.

TD	MD	D	A	MA	TA
1	0	2	3	4	5

84.- Siento que hay política en contra mía.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

85.- A pesar de que tengo bajos ingresos siento que las circunstancias me exigen dar una apariencia próspera.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

86.- En las circunstancias actuales de trabajo el tratamiento que más empleo es el etiológico.

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

87.- En mi trabajo hay poco compañerismo.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

88.- Las personas que asisten a consulta huelen mal.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

89.- Mis relaciones con el personal-subalterno son satisfactorias.

5	4	3	2	0	1
---	---	---	---	---	---

90.- Si los sueldos fueran más elevados el médico estaría mejor motivado.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

91.- Daría consulta fuera de las horas de trabajo en un caso especial.

5	4	3	0	1	2
---	---	---	---	---	---

92.- Por lo general se debe regalar el medicamento a los pacientes, de otra manera no lo comprarían.

2	1	0	3	4	5
---	---	---	---	---	---

93.- Dejaría el hospital por dedicarme a la práctica privada tiempo completo.

1	2	0	3	5	4
---	---	---	---	---	---

94.- Trabajo en Salubridad mientras consigo ingresar a otra institución de mayor prestigio.

1	2	0	3	5	4
---	---	---	---	---	---

95.- Pierdo el tiempo tratando de arreglar problemas administrativos que no me conciernen.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

96.- Cualquier Institución descentralizada paga mejor al médico que las Instituciones de Gobierno.

5	4	3	0	1	2
---	---	---	---	---	---

97.- Tengo planes y ambiciones políticas dentro de mi trabajo.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

98.- Me exigen dar consulta a un número determinado de personas.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 99.- Hay que evitar la exploración física de los pacientes pobres porque es muy difícil.
- 100.- Dá mayor prestigio trabajar en una Institución como el IMSS -- que en Salubridad.

TD	MD	D	A	MA	TA.
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

SEÑALE POR FAVOR MARCANDO CON UNA (X):

I.- SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

II.- TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN LA DIRECCION GENERAL DE SALUBRIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL:

- A.- Menos de un mes ()
- B.- Un mes a 3 meses ()
- C.- 4 meses a 6 meses ()
- D.- 7 meses a 9 meses ()
- E.- 10 meses a 1 año ()
- F.- 1 año a 3 años ()
- G.- 3 años a 6 años ()
- H.- 7 años a 9 años ()
- I.- 10 años o más ()

III.- EDAD: _____ años

IV.- ALGUNA SUGERENCIA QUE DESEE HACER:

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION.

El sujeto tenía entonces, seis posibilidades de respuesta, que variaban desde totalmente en desacuerdo con la aseveración, hasta totalmente de acuerdo.

Para cada pregunta se esperaba una respuesta que era considerada como óptima, a ésta se le dió un valor de cero. Partiendo de éste valor se otorgó en orden progresivo una calificación; si la respuesta se acercaba a la esperada su valor fué de uno, a la siguiente se le dió el valor de dos, el punto intermedio recibió la calificación de tres; cuando la respuesta se acercaba al extremo contrario de lo esperado recibió una calificación de cuatro y si era definitivamente contraria la calificación recibida fué cinco. Los criterios que se utilizaron para valorar los reactivos fueron los siguientes:

Reactivo 1.- Prefiero no tener que acercarme a los pacientes:

Totalmente en desacuerdo.- El médico necesita acercarse a sus pacientes para realizar la exploración física; en el caso contrario podría pensarse en una deficiencia en sus relaciones interpersonales o en una actitud de tipo prejuiciosa. También podría tratarse de personas que, debido a una dificultad en sus relaciones interpersonales médico-paciente, se dediquen, dentro de la medicina, a especialidades que requieran el trato continuo con el público; como los investigadores.

Reactivo 2.- El tiempo que tengo designado para cada paciente me impide realizar un diagnóstico acertado:

Muy en desacuerdo.-El médico no debe aceptar que, limitaciones ajenas a él precipien una labor inadecuada.

Reactivo 3.- Realizo el trabajo completamente a mi gusto:

Muy de acuerdo.- Para que exista mayor rendimiento laboral ya para que el médico no desarrolle una actitud de frustración el trabajo debe realizarse en las mejores condiciones.

Reactivo 4.- Cuando tengo problemas personales la consulta me irrita:

Muy en desacuerdo.-El médico que mezcla la conflictiva personal con la laboral no puede desempeñar una labor adecuada, se supone que la persona madura puede manejar su afectividad para que ésta no interfiera en su productividad.

Reactivo 5.- El personal que trabaja bajo mis órdenes es incompetente:

En Desacuerdo.- El médico debe de procurar el establecimiento adecuado de las relaciones interpersonales con el personal subalterno.

Reactivo 6.- Tratándose de pacientes indigentes prefiere el medio rural para atenderles:

Muy en Desacuerdo.- Los médicos encuestados laboran en una institución de la ciudad, se supone que el médico considera cualquier campo de trabajo donde se encuentren personas necesitadas de ayuda como adecuado para desempeñarse.

Reactivo 7.- Considere mi trabajo como una realización de mi mismo:

Totalmente de Acuerdo.- El trabajo considerado como la realización de uno mismo es un índice de Salud Mental.

Reactivo 8.- En mi labor actual me siento fracasado:

Muy en Desacuerdo.- El médico puede tener fallas, errores y desajustes pero aceptar que en su labor actual se siente fracasado sería un índice de frustración y por consiguiente de conflictiva emocional.

Reactivo 9.- Trate a mis pacientes enérgicamente:

Muy en Desacuerdo.- El paciente no solamente busca la ayuda a sus molestias físicas, sino que desea recibir comprensión y buen trato de parte del médico, una persona enérgica, en términos generales, será rechazada por los pacientes. Quien desarrolla una actitud muy enérgica con los pacientes está hablando de su deseo de dar una imagen de autoridad irracional.

Reactivo 10.- Este reactivo no tenía una respuesta óptima esperada; sino que fué tabulado y de acuerdo a dicha tabulación se le dió la calificación.

Reactivo 11.- Aún en la consulta privada hace esperar a mis pacientes:

Muy en Desacuerdo.- El médico debe sujetarse a normas de organización - tanto en la consulta de la institución como en la consulta privada; de no ser así las fallas no solamente serían en su organización sino también

en sus relaciones interpersonales y en su nivel educativo.

Reactivo 12.- Dedico tiempo extra en atender a mis pacientes y nadie re conoce la labor desempeñada:

Muy en Desacuerdo.-La actitud del médico no debería ser motivada por el deseo de reconocimiento, él hablaría de una imperiosa necesidad de gra tificación y por consiguiente de conflictiva personal. Es probable que la Institución no ofrezca estimulación al médico, sin embargo no se tra ta de crear una situación de recompensas a nivel infantil o primario.

Reactivo 13.- En ocasiones he pensado cambiar de trabajo:

De Acuerdo. Es comprensible que el médico desea logros en el aspecto económico y personal y si existen otros lugares de trabajo que ofrecen mejoría al médico, éste debe intentar la superación. Es obvio que la S.S.A. ofrece sueldos y prestaciones mínimas a los médicos (en compa ración con otras instituciones) por lo que se espera encontrar un per centaje alto de médicos que hayan pensado en cambiar de trabajo. Se pue de correlacionar con la número 10 para investigar si existe relación - entre el tipo de plaza del médico y su interés en buscar otro trabajo.

Reactivo 14.- Trate de dar atención cuidadosa a mis pacientes, pero el exceso de consulta me impide realizarlo:

Muy en Desacuerdo.- La atención esmerada al paciente debe de pre ferirse sin buscar justificaciones para evitarla o disminuirla, por lo que se espera que el médico no ponga como excusa el exceso de consulta.

Reactivo 15.- Dificilmente puedo trabajar porque hay mucha política entre mis compañeros:

Totalmente en desacuerdo.-El médico debe procurar el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas para evitar que su deficiencia en éste terreno afecte su productividad.

Reactivo 16.- Al elevar el precio de la consulta el paciente apreciaría mejor el servicio:

Totalmente en Desacuerdo.- El paciente no está pagando la atención médica, sino que está utilizando un servicio al que tiene derecho.

Reactivo 17.- Estey conforme con la plaza que tengo:

Este reactivo no tiene calificación óptima esperada, sino que se debe de tabular y correlacionar con el número 10.

Reactivo 18.- Mis pacientes particulares pertenecen a la clase:

Reactivo para tabulación

Reactivo 19.- Cuando logre formar suficiente clientela me dedicaré a tiempo completo a la práctica privada.

Muy de Acuerdo.- El médico por lo general, piensa que obtiene mayores satisfacciones económicas de la clientela privada. Por lo menos, éste es lo que señalaron las personas que fueron entrevistadas en el estudio piloto; sin embargo en el personal cree que el médico debe de combinar ambos aspectos.

Reactivo 20.- La única forma de ser puntuales es por la presión de la tarjeta checadora:

Totalmente en desacuerdo.-El médico muestra una actitud hostil hacia el control de su tiempo por medio de la tarjeta checadora, ello le despierta espicionismo y agresividad.

Reactivo 21.- Mis casos clínicos los presente a los alumnos e estudiantes:

Muy de Acuerdo.- En términos generales al médico le agrada la enseñanza, el comunicar sus conocimientos y el compartir sus experiencias.

Reactivo 22.- Me gustaría descansar entre paciente y paciente:

De Acuerdo.- Al médico le molesta trabajar bajo exagerada presión y prefiere distribuir su tiempo con periodos de receso.

Reactivo 23.- Cree que otras Instituciones (I.S.S.T.E., I.M.S.S., Petróleos, etc,) ofrecen mejores prestaciones y sueldos:

Totalmente de Acuerdo.- Es una situación real, y como consecuencia, podría estar propiciando una situación de frustración que se proyectará en una indiferencia por el trabajo.

Reactivo 24.- Estoy decepcionado de haber estudiado tanto para terminar tratando enfermos de condición social tan baja:

Totalmente en Desacuerdo.- Se parte de la base de que los conocimientos del médico deben ser útiles a la comunidad que los solicite y no a un grupo minoritario. El médico debería preocuparse de aliviar la enfermedad en donde se presente y posiblemente la clase socioeconómica más débil sea la que requiera mayor ayuda médica.

Reactivo 25.- Los jefes tienen poca apreciación a mis esfuerzos:

De Acuerdo.- La situación real es que el médico labora a pesar de la poca estimulación de los jefes, sin embargo, en mayor o en menor grado, el ser humano en general, tiene necesidad de gratificación y estimulación, será su intensidad la que determinará el grado de frustración.

Reactivo 26.- Cuanto tiempo real dedica a cada paciente:

Se espera la respuesta de 15 a 20 minutos. Ya que ésta fue la que obtuvo mayor frecuencia en el estudio preliminar.

Reactivo 27.- Las personas de clase acomodada son mejores pacientes al tener más inteligencia y comprensión:

Totalmente en Desacuerdo.- Es un prejuicio, ya que hay personas, dentro de los indigentes, que presentan una capacidad intelectual y de comprensión tan adecuada como la clase socioeconómica más privilegiada y viceversa.

Reactivo 28.- Los pacientes pobres son inferiores:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa semejante a la anterior.

Reactivo 29.- Esta conforme con los aumentos que le dan:

Totalmente en desacuerdo.- Cuando la encuesta fue aplicada no había aumentos dentro de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

Reactivo 30.- Piense que en mi trabajo las oportunidades de prosperar intelectualmente son mínimas o no existen:

Totalmente en Desacuerdo.- El progreso intelectual no depende del lugar del trabajo, es una situación de índole personal y las motivaciones son más profundas que la mera presión laboral.

Reactivo 31.- Considere que en mi consulta particular son más agradeci
dos los pacientes de la clase socioeconómica...

Ne hay respuesta óptima esperada, es para tabular.

Reactivo 32.- Hay muchos chismes en el Centro de Salud:

En desacuerdo.- Es indudable que en cualquier lugar de trabajo hay grupos que establecen mejores relaciones interpersonales entre si y que se muestran más distantes con otros grupos, sin embargo ello no debiera influir las relaciones en general.

Reactivo 33.- Un médico que no trabaja en alguna Institución pública tie
ne disminuído su prestigio social:

En Desacuerdo.- el prestigio no debe fundamentarse en la Institución, le da la persona.

Reactivo 34.- He hecho amigos entre los enfermos e familiares:

De Acuerdo.- El médico sano tiene capacidad de empatía psicológica con los enfermos y sus familiares.

Reactivo 35.- A los pacientes pobres hay que tratarlos autoritariamente porque si no se volverían desagradables:

Totalmente en desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa hacia el paciente pobre, que estaría indicando un problema de autoridad en el médico.

Reactivo 36.- La Medicina " Socializada" terminó con la explotación que algunos médicos hacían con sus pacientes:

Totalmente de Acuerdo.- La socialización de la medicina pone al alcance de los socioeconómicamente débiles todos los medios de curación que difícilmente podrían encontrar a nivel de la medicina privada, salvo a muy alto costo.

Reactivo 37.- Lo que más me molesta de los pacientes que asisten al Centro de Salud es...

Todas las respuestas estarían indicando, en mayor o menor grado, una ac
titu prejuiciosa. Hay que tabular para observar cuál es la que indica me
ner grado de prejuicio.

Reactivo 38.- En las circunstancias actuales de trabajo el tratamiento que más empleo es el sintematólogo:

Muy en Desacuerdo.- Lo deseable en medicina es que la mayor parte de los tratamientos sean etiológicos.

Reactivo 39.- Toda la gente que asiste a consulta es pobre:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa ya que asisten todas las clases socioeconómicas con un predominio de la clase baja.

Reactivo 40.- Trabajo sin esperar recibir ningún tipo de reconocimiento por la labor que desempeña:

En Desacuerdo.- Todos necesitamos estímulos y reconocimiento a la labor realizada.

Reactivo 41.- La actitud predominante que tengo hacia los pacientes es:
No hay respuesta óptima.

Reactivo 42.- Creo que sin la ayuda de un programa el trabajo estaría desorganizado:

De Acuerdo.- En términos generales los servicios de un Centro de Salud requieren de un programa de actividades, aunque hay algunos servicios que podrían funcionar sin él, con ciertas deficiencias.

Reactivo 43.- Tengo citada más gente de la que puede atender:

En Desacuerdo.- El médico debe comprometer su tiempo en una forma realista para no afectar la calidad de su trabajo.

Reactivo 44.- Trate bien a mis pacientes pero difícilmente los convertiría en mis amigos:

En Desacuerdo.- El ejercicio de la profesión no excluye el cultivo de una amistad.

Reactivo 45.- Mis honorarios en la consulta particular son:

No hay respuesta óptima esperada, hay que tabular.

Reactivo 46.- En vez de práctica privada prefiere un trabajo como médico Institucional de carrera:

No hay respuesta óptima esperada, es una cuestión de preferencias personales.

Reactivo 47.- Importa poco la cantidad de medicamento que se da a los pa cientes ya que la consiguen a un precio médico en la farmacia del Centro:
En Desacuerdo.- La cantidad de medicamento que se le debe recetar a un paciente, debería estar relacionada con el padecimiento (no debe darle mucha medicina para que el paciente se vaya contento, o peca medicina- para " castigarle").

Reactivo 48.-El ambiente de mi trabajo se presta poco para conocer gente valiosa:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa ya que en cualquier lugar existe gente valiosa. El ejercicio de la medicina es una experiencia que permite conocer gente maravillosa, lo bello de la medicina es - que se trata con el ser humano.

Reactivo 49.- Considere mi trabajo como una necesidad:

Muy en Desacuerdo.- Lo importante es encontrar satisfacción en el desempeño de la labor diaria y el logro de la sensación de la autorealización lo que minimiza el aspecto " necesidad" del trabajo.

Reactivo 50.- La única satisfacción que reciben los médicos es de tipo personal, ya que nadie reconoce su labor:

En Desacuerdo.- Es evidente que el médico que cumple con su profesión - (curar, aliviar o consolar) necesariamente obtendrá reconocimiento a su labor.

Reactivo 51.- Checar tarjeta es impropio a mi condición de médico:

En Desacuerdo.- No se debe aceptar que el grupo médico constituya una - clase diferente dentro de la sociedad, no tiene por que sentirse superior sino al contrario, por tener mayor capacidad debe sentirse con mayores responsabilidades.

Reactivo 52.- Se debería exigir a los pacientes que se aseoaran antes de venir a consulta:

Muy en Desacuerdo.- Si bien se puede aceptar que el desaliño resulta - desagradable para el médico, es obvio que su primera obligación es res -

petar la individualidad del paciente y en segundo término, el desaliño -
constituye un dato más para el estudio del paciente.

Reactivo 53.- Me disgusta tener que seguir un programa de trabajo:

En Desacuerdo.- Para el buen funcionamiento del servicio debe seguirse
un programa de trabajo, situación contraria rebelaría oposicionismo pa-
sivo de parte del médico e inmadurez de su personalidad.

Reactivo 54.- Aunque los considere con los mismos derechos, no permitiré
que mi hija tuviera relaciones de noviazgo con un paciente de mi consul-
ta:

Muy en Desacuerdo.- La membresía a la categoría "paciente" no enaltece
o degrada, por, se las cualidades intrínsecas del individuo.

Reactivo 55.- Las labores que realice en el Centro de Salud me dan cré-
dite suficiente como para crearme un prestigio:

Totalmente de Acuerdo.- Si el ejercicio profesional es satisfactorio,
permitirá la creación del prestigio independientemente del sitio en el
que se realice.

Reactivo 56.- Mis pacientes me traen regalos al alcance de sus posibi-
lidades:

En Desacuerdo.- El Médico no debe manejar su consulta en forma seductora
para obtener gratificaciones extra-profesionales.

Reactivo 57.- Considero que hay demasiados descuentos en mi pago quincenal

En desacuerdo.- Los descuentos son los que marcan las leyes y los regla-
mentos que nos rigen.

Reactivo 58.- Dispengo de tiempo para reunirme con mis compañeros y cambiar
impresiones:

De Acuerdo.- Per lo general el médico con buenas relaciones interpersona-
les tiene tiempo para reunirse con sus compañeros.

Reactivo 59.- Mi trabajo actual me da suficiente seguridad para el futuro
de mi familia:

Muy en Desacuerdo.- Seguridad entendida desde el punto de vista económico
la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, no brinda al -
médico prestaciones y sueldos suficientes para que éste sienta suficiente

seguridad (por ejemplo: carecen de un plan adecuado de jubilación y retiro).

Reactivo 60.- Me es muy importante la gratitud de mis pacientes:

En Desacuerdo.- El médico no busca la gratitud excesiva de sus pacientes sino el alivio a su enfermedad, sin lugar a dudas todos necesitamos que se reconozca nuestra labor y esperamos muestras de afecto, pero ello no debe regir nuestra actividad profesional.

Reactivo 61.- Los pacientes de mi consulta solo tratan de explotar y sacar provecho personal de la Institución:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa ya que si bien algunas personas asumen una actitud explotadora, no quiere decir que ello sea característico a todos los pacientes que asisten al Centro de Salud.

Reactivo 62.- El servicio podría mejorarse si se elevara la cuota por consulta:

Muy en Desacuerdo.- Lo deseable es un mejor aprovechamiento de los recursos presupuestables y sigue siendo básica la buena relación médico-paciente.

Reactivo 63.- Estoy a disgusto con las normas establecidas en el lugar donde trabajo:

Muy en Desacuerdo.- El médico debe aceptar solamente aquellas condiciones que le parezcan satisfactorias y cumplir con sus obligaciones, mismas que conoce al aceptar las condiciones de trabajo de una Institución dada.

Reactivo 64.- La socialización de la medicina cerró las posibilidades de lucro de los médicos:

Totalmente de Acuerdo.- Este reactivo es semejante al 36.

Reactivo 65.- Me gustaría que los pacientes reconocieran los esfuerzos que se hacen por ellos:

En Desacuerdo.- En la medida que aumenta la cultura de nuestro pueblo, las personas están más conscientes de sus derechos y quizá menos de sus obligaciones con el médico.

Reactive 66.- Dentro del Centro de Salud utilice los medios paraclínicos y las interconsultas:

Totalmente de Acuerdo.- Es obvio que se usen dichos medios.

Reactive 67.-La gente que asiste a consulta se porta malos tratos por parte del personal ya que no le queda otro remedio:

Totalmente en Desacuerdo.- A medida que la gente conoce que dispone de medios para presentar sus quejas no debe de tolerar que se le trate en forma inadecuada por parte del personal administrativo.

Reactive 68.- El tiempo designado a la consulta es insuficiente y me obliga a realizar exploraciones deficientes:

Totalmente en Desacuerdo.- El médico debe exigir tiempo suficiente para realizar el estudio al que está obligado con cada paciente, y no escudarse en ésta situación para eludir responsabilidades.

Reactive 69.-Debido a los bajos sueldos Salubridad tiene mucha gente im-preparada:

En Desacuerdo.- Aunque la situación tiene su fundamento real, ello no necesariamente implica que el personal menos preparado se encuentre trabajando en dicha Institución, ya que la preparación es personal y lo mismo se encuentran profesionistas altamente calificados en Salubridad como en cualquier otra Institución y viceversa.

Reactive 70.- Puede haber algunas excepciones, pero en general los pacientes son todos iguales:

Totalmente en Desacuerdo.- Cada paciente constituye un caso y una experiencia única.

Reactive 71.- Debe ser autoritario e los pacientes desatenderían mis instrucciones:

Totalmente en desacuerdo.- La autoridad del médico debe ser racional y basada en sus conocimientos y en su experiencia.

Reactive 72.- Tengo que someterme a las exigencias de la superioridad:

En Desacuerdo.- Las relaciones con la superioridad deberán estar basadas en la aceptación e rechazo de las indicaciones, pero no en el sometimiento.

Reactivo 73.- Tengo toda clase de facilidades para desarrollar mi trabajo (como material y equipo):

Muy en desacuerdo.- La situación es realista, ya que se carece de presupuesto.

Reactivo 74.- Atiende pacientes en el Centro de Salud fuera de mis horas de trabajo:

En Desacuerdo.- Salvo casos de emergencia, el médico, realísticamente hablando, no está obligado a excederse en su horario de trabajo.

Reactivo 75.- En mi consulta particular prefiero atender a la clase:

No hay respuesta óptima esperada, es para tabular.

Reactivo 76.- Todos los pacientes que acuden al Centro de Salud son terribles:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa.

Reactivo 77.- Es innecesario dar mucho tiempo a los pacientes ya que no comprenden el interrogatorio:

Totalmente en Desacuerdo.- El interrogatorio debe ser enfocado y dirigido al paciente y con el paciente, flexible y adaptable.

Reactivo 78.- Hago esfuerzos adicionales cuando se trata de personas recomendadas:

Totalmente en Desacuerdo.- Implicaría un deseo de agradar a la autoridad con temor y actitud mágica.

Reactivo 79.- El lugar en donde trabajo es agradable (consultorio):

De Acuerdo.- En la medida en que el médico se siente más a gusto en su consultorio, producirá en mayor grado.

Reactivo 80.- Mi trabajo actual tiene futuro:

Totalmente de Acuerdo.- El futuro está dado en función del individuo.

Reactivo 81.- Me siento obstaculizado para realizar mis ambiciones políticas:

De Acuerdo.- El ejercicio de la medicina debe estar desvinculado de las actividades políticas.

Reactivo 82.- El tiempo que considero mínimo para hacer un diagnóstico -

presuncional en la primera consulta es:

Tabular, va de acuerdo al criterio del médico y a las necesidades de cada servicio.

Reactive 83.- Si los pacientes pagaran más, éste sería una motivación para el médico:

Muy en Desacuerdo.- Los pacientes pagan los honorarios del médico de una manera indirecta y el hecho de elevar la consulta no significaría que se elevaran los honorarios del mismo.

Reactive 84.- Siento que hay política en contra mía:

Totalmente en desacuerdo.- Estaría hablando de una actitud de suspicacia y recelo en sus relaciones interpersonales.

Reactive 85.- A pesar de que tengo bajos ingresos, siento que las circunstancias me exigen dar una apariencia próspera:

Totalmente en Desacuerdo.- Es una actitud que estaría hablando del convencionalismo social, de la necesidad de presentar una fachada exterior.

Reactive 86.- En las circunstancias actuales de trabajo, el tratamiento que más empleo es el etiológico:

Totalmente de Acuerdo.- La finalidad en medicina es hacer tratamiento etiológico, siempre que sea posible.

Reactive 87.- En mi trabajo hay poco compañerismo:

Totalmente en Desacuerdo.- La convivencia humana, pacífica y amistosa no debe estar condicionada al sitio donde se desenvuelve.

Reactive 88.- Las personas que asisten a consulta huelen mal:

Totalmente en desacuerdo.- Está implicando una actitud prejuiciosa, es semejante a la pregunta 52.

Reactive 89.- Mis relaciones con el personal subalterno son satisfactorias:

Muy de Acuerdo.- El manejo de la autoridad debe de ser adecuado en todos los niveles.

Reactive 90.- Si los sueldos fueran más elevados el médico estaría mejor motivado:

En Desacuerdo.- La gratificación económica no debe ser la única motivación del médico para un mejor ejercicio profesional.

Reactivo 91.- Daría consulta fuera de las horas de trabajo en un caso especial:

De Acuerdo.- Es una actitud que encierra la colaboración y buena disposición del médico hacia las necesidades de la Institución.

Reactivo 92.- Per lo general se debe regalar el medicamento a los pacientes, de otra manera no lo comprarían:

En Desacuerdo.- Dada la estructura actual de nuestra sociedad de consumo, dicha actitud no sería realista, ya que fomentaría su dependencia.

Reactivo 93.-Dejaría el Centro de Salud por dedicarme a la práctica privada tiempo completo:

Es un reactivo para tabulación , ya que aquí se desean conocer las preferencias personales de los sujetos estudiados.

Reactivo 94.- Trabajo en Salubridad mientras consigo ingresar a otra institución de mayor prestigio:

En Desacuerdo: La Institución no es la que determinará el prestigio personal del profesionista sino los esfuerzos que éste realice por superarse.

Reactivo 95.- Pierde el tiempo tratando de arreglar problemas administrativos que no me conciernen:

Totalmente en Desacuerdo: El tiempo del médico debe circunscribirse a las actividades propias de su profesión.

Reactivo 96.- Cualquier institución descentralizada paga mejor al médico que las instituciones de gobierno:

De Acuerdo.- Algunas Instituciones lo hacen así.

Reactivo 97.- Tengo planes y ambiciones políticas dentro de mi trabajo:

Totalmente en Desacuerdo.- El médico no debería dedicarse a actividades políticas; sin embargo en caso contrario éstas no deberían interferir en sus labores médicas.

Reactivo 98.- Me exigen dar consulta a un número determinado de personas:

Totalmente en Desacuerdo.- El médico no debería aceptar que se le designe tiempo para cada paciente en una forma rígida sine de acuerdo a sus necesidades y a las de la Institución.

Reactive 99.- Hay que evitar la exploración física de los pacientes pobres porque es muy difícil:

Totalmente en desacuerdo.- Es una actitud prejuiciosa. Quizá implicaría mayor desagrado por factores culturales pero técnicamente puede tener el mismo grado de dificultad que con otro tipo de pacientes.

Reactive 100.- Da mayor prestigio trabajar en una Institución como el I.M.S.S. que en Salubridad:

Totalmente en Desacuerdo.- Se insiste aquí nuevamente en que el prestigio profesional no le da la Institución sine la labor personal.

LIMITACIONES DEL CUESTIONARIO.

Este cuestionario intentó conocer el grado de acuerdo o desacuerdo de los médicos sobre ciertos aspectos relacionados con su trabajo y el desempeño del mismo, dentro de los Centros de Salud de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

El cuestionario se manejo a nivel consciente, sin existir reactivos que intentaran medir actitudes de tipo inconsciente por lo que pudo manejarse al antojo de los sujetos entrevistados y, por lo tanto, deformatar la situación real.

Asi mismo pudieron haber contestado al azar; aunque se eliminaron aquellos cuestionarios en los que todas las respuestas cayeron -- en los extremos.

SELECCION DE LA MUESTRA:

De un total de 521 médicos que se encontraban laborando en los diferentes Centros de Salud dependientes de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal en el momento del estudio, se tomó una muestra de 100, empleando para ello el libro de Dígitos al azar utilizando tantas pequeñas cartulinas, como páginas tiene el libro, seleccionando nueve de éstas con el objeto de reunir los 125 números re

queridos; cien que corresponden a la muestra y veinticinco como suplentes en el caso en que los médicos seleccionados ya no se encontraran laborando en el Centro de Salud o se negara la autorización para entre vistarlos.

Los médicos seleccionados fueron enlistados de acuerdo a su Centro de Trabajo, previa autorización del C. Director, la que se lo-- gró salvo una negativa. Se entrevistó a los sujetos, explicándoseles que la encuesta tenía por objeto el tratar de conocer los problemas - originados en el desempeño de la práctica médica a nivel Institucional! En caso de aceptación, se entregó el cuestionario, concediéndoseles un plazo de una semana para su contestación, a solicitud de los mismos su jetos.

Ocho sujetos se descartaron, utilizándose los suplentes, por corresponder al Centro de Salud en el que el C. Director no concedió - su autorización.

De los que rehusaron contestar el cuestionario, 6 adujeron-- exceso de trabajo y 9 no se interesaron en la investigación. Los que - aceptaron fueron 104 médicos. Al fin del plazo, 83 lo devolvieron, los que reunieron los requisitos para ser considerados como válidos (es de cir que estuvieron, en su mayoría contestados, que no hubiera respuestas múltiples en abundancia y que las respuestas se distribuyeran en - las seis categorías) fueron 79.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA:

La población seleccionada tuvo en común, que todos ellos --- eran médicos, que laboraban en un Centro de Salud y aparecían en la nó mina de pago.

Fué heterogénea en cuanto a la edad, la especialidad y la an tigüedad dentro de su trabajo.

No se ejerció presión alguna para que respondieran al cues-- tionario presentado.

Los cuestionarios obtenidos ofrecieron la siguiente distribución que se consideró según su edad, el sexo, la antigüedad y si tenían o no otro trabajo.

De éstos: 51 pertenecían a médicos del sexo masculino (64.56%) y 28 al sexo femenino (35.44%).

Las edades fluctuaron entre los 24 y 74 años, encontrándose la mayor frecuencia en los hombres de los 40 a 49 años, (cuadro 2A) -- siendo la edad promedio de 42 años. En el grupo de las mujeres (cuadro 2A) se observó la mayor frecuencia de los 30 a los 39 años. La edad promedio fue 33 años.

La antigüedad que tenían en la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal varió de un mes a 10 años o más. La frecuencia más elevada entre los hombres se encontró en 10 años o más (40.81%) (cuadro 2B).

En las mujeres osciló de 1 a 3 años (25%) y de 10 años o más (25%), (cuadro 2B).

Existió, en el grupo de los hombres, una relación entre su edad y la antigüedad, no así en el grupo de las mujeres en las que, al parecer hay menor consistencia entre la edad y la antigüedad.

El 70.88% de la población estudiada tenía otro trabajo además del Centro de Salud; 39 hombres (49.36%) y 17 mujeres (21.51%) se encontraban en dicha situación.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS:

Para el tratamiento estadístico de los datos el cuestionario fué dividido de la siguiente manera:

a.-Preguntas de control: Aquellas que estaban dirigidas a controlar que los sujetos no marcaran el cuestionario al azar, es decir sin leer las aseveraciones.- 10, 21, 26, 38, 68, 82, 86, y 98.

b.-Preguntas dirigidas a investigar actitudes prejuiciosas: 1, 5, 6, 9, 11, 15, 16, 18, 20, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 44, 47, 48, 52, 54, 61, 62, 67, 70, 71, 75, 76, 77, 83, 84, 87, 88, 91, 92, y 99.

c.-Preguntas dirigidas a investigar actitud hacia la frustración: 2, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 17, 19, 22, 23, 24, 29, 30, 40, 41, 43, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 69, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 81, 85, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97 y 100.

Las preguntas dirigidas a obtener información de tipo personal fueron: 10, 36b, 45 y las preguntas de datos generales como sexo, años de servicio en la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal y edad.

Para conocer el número de respuestas esperadas en cada una de las cien preguntas se elaboraron los siguientes cuadros que se muestran a continuación; los cuales contienen las frecuencias con las que aparecieron cada una de las preguntas de los 79 cuestionarios aplicados.

Los puntajes obtenidos fueron ponderados conforme a una regresión geométrica con base en el número 3 (3, 9, 27, 81, 243 y 729) con el objeto de darle mayor peso a los puntajes que se consideraran más significativos. Por ejemplo, las personas que hubiesen contestado las reactivas a las que se les dió un valor de 5, indicaban una tendencia contraria a la respuesta óptima esperada; por lo tanto les correspondería una calificación más alta.

El cuadro número tres muestra la distribución de las respuestas obtenidas por los sujetos en las preguntas del cuestionario y el puntaje ponderado, mientras mayor número de respuestas con calificación correcta obtuviera cada sujeto, mejor se ajustaba a la respuesta esperada.

La gráfica I señala que la calificación media aritmética fue de 4, siendo la calificación más baja de uno y la más alta de 12; el mayor número de frecuencias se inclina hacia las bajas calificaciones, lo que indica que gran parte de los sujetos proporciónó las respuestas que se consideraron como óptimas.

Interpretación de los resultados según cada pregunta: Considerando sexo y si tienen o no otro trabajo.
Cuadros 4a, 4b, 4c.

1.-Se encontró que la mayor parte de los sujetos, 96.20% mostraron disposición para acercarse a sus pacientes, solamente un sujeto rehuye éste trato. Tanto los sujetos del sexo masculino, como los del sexo femenino contestaron de acuerdo a la respuesta esperada. Así mismo, no se encontró alteración según si tenían o no, otro trabajo (cuadros 9a y 9b). No se anotó el número de respuestas no otorgadas a menos que éstas fueran más de cinco; en cuyo caso se menciona.

2.-El 34.17% consideraron que el tiempo que designan a la consulta les permite realizar un diagnóstico acertado; el 30.37% expresaron que es posible llegar al diagnóstico en el tiempo designado aunque experimentaron cierta presión para conseguirlo; únicamente el 5.06% señaló que le resulta imposible llegar al diagnóstico en ese tiempo, siendo los sujetos del sexo femenino quienes mostraron mayor dificultad. El 7.59% no dió ninguna respuesta a ésta aseveración, observándose que, nuevamente los sujetos del sexo femenino mostraron su rechazo a proporciónar una respuesta. Aquellos sujetos que tienen otro trabajo consiguen realizar el diagnóstico en el tiempo designado, mientras que aquellos que no lo tienen expresaron su dificultad para conseguirlo. (cuadros 9a, 9b).

3.- El 83.54% expresaron que, realizan el trabajo completamente a su gusto; solamente el 16.46% (en su mayoría pertenecientes al sexo masculino) opinaron lo contrario. Los que no tienen otro trabajo muestran mayor gusto en la realización de su trabajo que aquellos que si tienen otro trabajo (cuadros 9a y 9b).

Nota I.- Me permite estar en desacuerdo con éstos resultados, ya que a través de la observación y por medio de los comentarios de los médicos, he encontrado frecuentes quejas acerca de que no realizan el trabajo completamente a su gusto , ya que no cuentan con el equipo y material necesario para ello.

4.- El 75.94% expresó que, a pesar de sus problemas personales, puede manejar su consulta sin que éstos interfieran.

El 21.51% manifestó que cuando tienen problemas personales la consulta les irrita; ésta situación se observó con mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino. Los que no tienen otro trabajo se sienten menos irritados en la consulta que aquellos que si lo tienen (cuadros 9a y 9b).

5.-El 74.68% de los sujetos consideró que el personal que trabaja bajo sus órdenes es competente; lo que está indicando que, al parecer, logran establecer relaciones cordiales con sus subalternos.

El 21.51% manifestó dificultad de relación, éste dato se encuentra tanto en los sujetos del sexo masculino, como en los del sexo femenino. Cabe señalar que el mismo porcentaje que se muestra irritado cuando tiene problemas personales, es el que mostró dificultades en su relación.

Aquellos que no tienen otro trabajo se relacionan mejor que los que si lo tienen. (cuadros 9a y 9b).

El 8.86% no respondió a la pregunta, siendo los sujetos del sexo femenino quienes se abstuvieron de contestar.

6.-El 93.67% mostró su desacuerdo con la aseveración de que, tratándose de pacientes indigentes, sea preferible atenderles en el medio rural. Por lo tanto se observa que el médico que labora dentro de los servicios de la Dirección general de Salubridad en el Distrito Federal, considera

cualquier lugar donde se encuentren pacientes necesidades de sus servicios, como adecuada para desempeñarse.

Esta situación no se altera según si tienen o no otro trabajo. (cuadros 9a y 9b).

7.-El 35.44% consideró que su trabajo es una realización de sí mismos. El 43.03% también expresó satisfacción en la realización de su trabajo, aunque en menor grado. (Son los que contestaron en los puntos intermedios).

El 21.51% no experimentaron agrado en llevar a cabo su labor, lo que está indicando cierto grado de insatisfacción personal que podría traducirse en frustración. (Es el mismo porcentaje de aquellos sujetos que expresaron que la consulta les irrita cuando tienen problemas personales y que también señalaron mayor dificultad en el establecimiento de sus relaciones personales con sus subordinados). Se encontró que los sujetos del sexo femenino expresaron sentir mayor satisfacción en su trabajo que los sujetos del sexo masculino).

Aquellos sujetos que tienen otro trabajo consideran al mismo como una realización, en mayor grado que aquellos que no lo tienen (cuadros 9a y 9b).

8.-Aquellos que opinaron que en su trabajo encuentran su realización, no se sienten fracasados en su labor actual; la misma relación se observó con aquellos que sin estar totalmente insatisfechos, si manifestaron cierto malestar (30.37%), únicamente el 15.19% de los sujetos aceptaron abiertamente su descontento en la labor que realizan, es decir, expresaron que se sienten fracasados.

El 18.98% no contestó a la pregunta. Podría pensarse que ésta pregunta despertó cierta conflictividad en los sujetos de ambos sexos, aunque se acentuó en los del sexo femenino.

Los sujetos que tienen otro trabajo se sienten, en menor grado, menos fracasados que aquellos que no lo tienen (cuadros 9a y 9b).

9.-El 92.40% de los sujetos negó que tratan enérgicamente a sus pacien-

tes, se inclinan a pensar que el trato suave les proporciona mayores satisfacciones y consiguen establecer una relación adecuada con sus pacientes.

Los sujetos que no tienen otro trabajo tratan menos enérgicamente a los pacientes que aquellos que si lo tienen (cuadros 9a y 9b).

10.- De los sujetos encuestados únicamente 6 tienen nombramiento de base (7.59%), de los cuales 5 son hombres.

34 sujetos son supernumerarios (43.03%) de los cuales 19 pertenecieron al sexo masculino y 15 al femenino. (La mayor parte de los sujetos se encuentran en ésta situación)

3 pertenecen a subsidio (es decir que, por su nombramiento no crean antigüedad, ni tienen derecho a prestaciones) (3.79%) todos pertenecían al sexo masculino.

9 contestaron que "estaban haciendo méritos" (11.39%), éste puede interpretarse como una respuesta hostil o un deseo de evadirla ya que, como fué señalado, los sujetos seleccionados se encontraban en la nómina de los Centros de Salud y por lo tanto no podían estar haciendo méritos. 6 de éstos sujetos pertenecían al sexo masculino y 3 al femenino.

El 25.31% "no sabe" que plaza tenía (20 sujetos), situación que es difícil de considerar como real; e bien está indicando desinterés en lo que se refiere a su situación laboral, e bien fué rechazado a la pregunta. De éstos 12 pertenecían al sexo masculino.

El 8.86% no contestaron a la pregunta.

Esta situación no se modifica según si tienen o no otro trabajo.

11.-El 81.11% no hacen esperar a sus pacientes ni en la consulta privada. Este hecho se acentúa en los sujetos del sexo femenino.

El 18.98% hacen esperar a sus pacientes; siendo los sujetos del sexo masculino en quienes predomina tal actitud.

Los que no tienen otro trabajo hacen esperar menos a sus pacientes que los que si lo tienen, situación lógica. (cuadros 9a y 9b).

12.- El 98.74% se mostró en desacuerdo en cuanto a que no dedican tiempo extra en atender a sus pacientes, pero en el caso en que si lo hicieran no piensan que nadie reconoce su labor. Esta situación no les resultó frustrante.

No se encontró modificación en aquellos sujetos que tienen o no otro trabajo (cuadros 9a y 9b).

13.-El 69.49% han pensado cambiar de trabajo; ésta situación se acentuó más en los sujetos del sexo femenino.

El 13.92% adoptaron una actitud de tipo pasiva, e bien se negaron a aceptar que en alguna ocasión han deseado cambiar de trabajo.

El 16.45% no contestó a la pregunta, por lo que podría pensarse en una actitud de suspicacia hacia la misma, sobre todo en los sujetos del sexo masculino.

Los sujetos que no tienen otro trabajo, expresaron en mayor grado su deseo de cambiar que aquellos que si tienen otro trabajo. (cuadros 9a y 9b).

14.-El 45.56% no se sintieron impedidos para dar atención cuidadosa a sus pacientes por el exceso de consulta.

El 43.03% si pensaron que el exceso de consulta les impide dar dicha atención.

11.39% no respondió a la pregunta, predominando los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo, consiguen dar una atención más esmerada que aquellos que si le tienen. (cuadros 9a y 9b).

15.-El 88.60% de los sujetos expresaron que la relación con sus compañeros no afecta su trabajo.

El 11.39% responsabilizan a sus relaciones interpersonales como causa que les dificulta el desempeño de sus labores. Predomina en los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo, al parecer, presentan mejor disposición en el establecimiento de sus relaciones interpersonales, que aque-

lles que si lo tienen. (cuadros 9a y 9b).

Nota II.-He observado que, en general, las relaciones interpersonales de los médicos con sus compañeros son superficiales y, fuera de los grupos existentes, no pasan de un saludo convencional, supongo que se mantienen a distancia porque temen involucrarse emocionalmente y que esto afectara su trabajo.

16.-El 78.48% consideró que el precio de la consulta no influye en que el paciente apreciara mejor, o no, el servicio.

El 11.39% opinó lo contrario; siendo los sujetos del sexo masculino en quienes se encontró esto con mayor frecuencia.

El 6.32% no respondió a la pregunta.

No se altera según si tienen o no, otro trabajo.

17.- El 93.67% de los sujetos afirmaron estar de acuerdo con la plaza que tienen; situación que llama la atención si se considera que solo seis sujetos señalaron que su nombramiento era de base.

Se observó que están más conformes los que solamente tienen un trabajo mientras que, aquellos que cuentan con otro trabajo expresaron en mayor grado su enfermedad. (cuadros 9a y 9b).

18.-El 25.31% tienen pacientes particulares de la clase socioeconómica media alta; predominando los sujetos del sexo femenino.

El 24.05% expresaron que sus pacientes particulares pertenecen a la clase socioeconómica media baja, también predominaron los sujetos del sexo femenino.

El mismo porcentaje (24.05%) tienen pacientes de clase socioeconómica alta, siendo los sujetos del sexo masculino en quienes predominó.

El 11.39% atiende pacientes de cualquier condición social; siendo en los sujetos del sexo masculino en quienes se observó mayor predominio.

El 6.32% atienden pacientes de condición humilde, predominaron los sujetos del sexo femenino.

El 5.06% atienden pacientes de clase socioeconómica media media, predominaron los sujetos del sexo masculino.

En términos generales, en la consulta privada de los sujetos estudiados predominan los pacientes de clase socioeconómica media alta y alta (48.10%); en los sujetos del sexo masculino se encontró mayor frecuencia hacia la clase socioeconómica alta y en los del sexo femenino media alta.

La distribución según el trabajo ofreció los siguientes datos (cuadros 9a y 9b):

Si tienen el trabajo.- Para el 8.92% sus pacientes pertenecían a diferentes clases socioeconómicas.

Para el 5.32% sus pacientes pertenecían a la clase socioeconómica media media.

Para el 25% a la clase socioeconómica media baja.

Para el 28.57% a la clase socioeconómica media alta.

Para el 3.57% sus pacientes pertenecían a la clase socioeconómica pobre.

Para el 21.42% a la clase socioeconómica alta.

No tienen el trabajo.-El 8.69% expresó que sus pacientes particulares pertenecían a la clase socioeconómica mixta.

El 4.34% expresó que sus pacientes particulares pertenecían a la clase socioeconómica media media.

El 21.69% sus pacientes pertenecían a la clase media baja.

El 21.69% expresó que sus pacientes pertenecían a la clase media alta.

El 8.69% expresó que pertenecían a la clase pobre y

el 30.43% a la clase socioeconómica alta.

Para los que no tienen el trabajo sus pacientes pertenecían, en mayor porcentaje a la clase socioeconómica alta; mientras que los que sí tienen el trabajo sus pacientes particulares son de la clase socioeconómica media alta.

19.-El 64.55% opinaron que, aunque tuvieran la suficiente clientela no se dedicarían tiempo completo a la práctica privada.

El 31.64% expresó que, si tuviera la suficiente clientela privada, se dedicarían tiempo completo a dicha consulta.

No se altera según si tienen o no, otro trabajo (cuadros 9a y 9b).

20.- El 74.68% opinó que no sienten que la tarjeta checadera sea una presión para ser puntuales.

El 25.31% expresó que la única forma de ser puntuales es por la presión de la tarjeta. Este se distribuyó por igual tanto en los sujetos del sexo masculino, como en los del sexo femenino.

Los que si tienen otro trabajo manifestaron mayor disgusto por la tarjeta checadera que los que no lo tienen. (cuadros 9a y 9b).

Nota III.-Esta situación parece comprensible si se considera que no hay estímulos para el médico que llega temprano pero en cambio existen sanciones para quienes no lo hacen. Aunque en teoría, dentro de las responsabilidades de una persona madura, se considera su puntualidad, el médico se rebela ante el control con una actitud de tipo pasivo, muestran de indiferencia ante una situación que, obviamente, le resulta desagradable.

Cuadros 5a- 5b - 5c.

21.-El 79.74% no presentan sus casos clínicos a los alumnos e estudiantes, distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 20.25% gustan de presentarles.

Los que no tienen otro trabajo presentan menos sus casos clínicos a los alumnos que aquellos que si lo tienen. (cuadros 10a y 10b).

22.- El 78.48% de los sujetos, expresaron que les gustaría poder descansar entre paciente y paciente, concentrándose esta opinión con mayor frecuencia entre los sujetos del sexo femenino.

El 21.51% expresaron que no desean descansar entre paciente y paciente.

No se altera según otro trabajo (cuadros 10a y 10b)

23.- El 92.40% creen que otras instituciones (como ISSSTE, IMSS, Petróleos, etc.) ofrecen mejores prestaciones y sueldos; ello se acerca considerablemente a lo esperado ya que, ésta situación es real (era real cuando el cuestionario fué aplicado).

El 5.06% estuvieron en desacuerdo con esta aseveración, lo que podría estar señalando que un porcentaje muy bajo de los médicos desconocen las prestaciones que otras instituciones ofrecen.

Los que no tienen otro trabajo creen, en mayor grado, que otras Instituciones ofrecen mayores prestaciones que aquellos que si lo tienen.

24.-El 68.35% expresaron que no se sienten decepcionados por tratar en fermes de condición social baja.

El 29.11% si manifestaron que se sienten decepcionados de haber estudiado tanto para tratar a dichos enfermos. Estos están manifestando frustración en cuanto que no consideran valiosa su actividad. (Este porcentaje ~~baja en el número de~~ aquellos que manifestaron dificultad en sus relaciones interpersonales, así como dificultad para manejar sus problemas emocionales.)

Los que si tienen otro trabajo se sienten menos decepcionados en atender pacientes de condición humilde , que aquellos que no lo tienen.

(cuadros 10a y 10b).

25.-El 2.53% estuvieron de acuerdo en que sus superiores tienen poco aprecio a sus esfuerzos(pertenecieron al sexo masculino).

El 30.37% se mostraron en desacuerdo con la aseveración, siendo los su jetos del sexo masculino en quienes predominó.

El 16.45% están muy de acuerdo con la aseveración, observándose, nuevamente, mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino.

El 26.58% se mostraron muy en desacuerdo con la aseveración , siendo en los sujetos del sexo femenino en quienes se encontró con mayor frecuencia.

El 2.53% estuvieron totalmente de acuerdo con la aseveración, perteneciendo al sexo masculino.

El 16.45% se mostraron totalmente en desacuerdo, distribuyéndose por igual en ambos sexos.

En conclusión el 17.72% se mostraron de acuerdo en cuanto a que sus superiores no reconocen sus esfuerzos.

El 73.41% se mostraron en desacuerdo con la aseveración; por lo que se deduce que los sujetos estudiados, en su mayoría, se relacionan favorablemente con la autoridad.

Nuevamente aquellos que mostraron sentirse frustrados en su trabajo y con dificultad en sus relaciones con los compañeros, señalaron conflicto con la autoridad.

Al parecer, se relacionan mejor con la autoridad los que si tienen otro trabajo que los que no lo tienen. (cuadros 10a y 10b).

26.-El 3.79% dedica a sus pacientes de 15 a 20 minutos, éstos fueron sujetos del sexo masculino.

El 29.11% dedica a sus pacientes de 25 a 30 minutos, predominando los sujetos del sexo masculino.

El 36.70% dedica a sus pacientes de 35 a 40 minutos, predominando los sujetos del sexo femenino.

El 12.65% dedica a sus pacientes de 45 a 50 minutos, predominando los sujetos del sexo masculino.

El 2.53% dedica a sus pacientes de 60 minutos en adelante, siendo los sujetos del sexo masculino únicamente los que expresaron ésta opinión.

El 3.79% dedica a sus pacientes menos de diez minutos, distribuyéndose por igual en ambos sexos.

En términos generales, se observa que, el médico del Centro de Salud dedica a sus pacientes de 30 a 40 minutos de atención. Los sujetos del sexo masculino dedican de 35 a 40 minutos; mientras que los del sexo femenino de 30 a 35 minutos.

Únicamente el 6.32% cae en los extremos; el 2.53% dedica una hora o más y el 3.79% dedica menos de diez minutos (distribuyéndose por igual en ambos sexos).

El 11.39% no dió ninguna respuesta a la pregunta predominando los sujetos del sexo masculino.

Nota IV.- Mi desacuerdo con éstos resultados estriba en la observación directa de que, en general, el médico del Centro de Salud no otorga -

más de 15 e 20 minutos de su tiempo a cada paciente. Parece que los sujetos estudiados consideraren como ideal el poder proporcionar una atención de 35 a 40 minutos pero que, sin embargo, no le llevan a efecto en la práctica diaria.

Distribución según si tienen o no, otro trabajo:

Si tienen otro trabajo.- El 42.85% dedican a sus pacientes de 15 a 20 minutos.

El 19.64% dedican de 25 a 30 minutos.

El 19.64% dedican a sus pacientes de 35 a 40 minutos.

El 3.57% dedican a sus pacientes de 45 a 50 minutos.

El 7.14% dedican a sus pacientes menos de 10 minutos.

Los que no tienen otro trabajo.- El 34.76% dedican de 15 a 20 minutos.

El 26.08% dedican a sus pacientes de 25 a 30 minutos

El 21.69% dedican a sus pacientes de 35 a 40 minutos.

El 4.34 % dedican a sus pacientes de 45 a 50 minutos.

En ambos casos, el porcentaje más elevado se encontró entre 15 y 20 minutos. (cuadros 10a y 10b).

27.- El 83.54% consideraren que los pacientes de la clase socioeconómica alta, no necesariamente son mejores pacientes:

El 11.39% consideraren que dichos pacientes son mejores porque poseen mayor inteligencia y comprensión. Predominaren los sujetos del sexo masculino.

No se altera según si tienen o no, otro trabajo. (cuadros 10a y 10b).

28.- El 74.68% se mostraron en desacuerdo con la aseveración de que, los pacientes pobres son inferiores.

El 20.25% opinó que, efectivamente, los pacientes pobres son inferiores. Estos muestran una actitud de tipo prejuiciosa hacia éstos pacientes, es el mismo porcentaje de aquellos sujetos que se sienten frustrados en su trabajo y tienen relaciones interpersonales deficientes, así como dificultad para manejar sus problemas personales y conflicto con las figuras de autoridad.

No se altera según si tienen o no otro trabajo. (cuadros 10a y 10b).

29.- El 63.29% estuvieron de acuerdo en cuanto a que no reciben aumentos.

El 34.17% manifestó conformidad con los aumentos que recibe.

La situación real (cuando el cuestionario fué aplicado) era que no había aumentos. Por lo que la respuesta esperada era que los sujetos mostraran su desacuerdo con la aseveración. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

Los que no tienen otro trabajo mostraron en mayor grado su descontento porque no reciben aumentos, que aquellos que si lo tienen. (cuadros 10a y 10b).

30.-El 58.22% expresaron que su trabajo no les obstaculiza sus oportunidades de prosperar intelectualmente. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 36.70% consideró que, en su trabajo, las oportunidades de prosperar intelectualmente son mínimas o no existen. Esta situación señala que existe cierto grado de frustración en éste aspecto.

Los que no tienen otro trabajo se acercan en mayor grado a la respuesta esperada que los que si lo tienen. (cuadros 10a y 10b).

31.- El 29.11% expresaron que todos los pacientes (de cualquier nivel socioeconómico) son agradecidos. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 6.32% consideraron a la clase socioeconómica media media como pacientes más agradecidos. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 40.50% consideraron que los pacientes que pertenecen a la clase socioeconómica media baja, son más agradecidos.

El 16.45% pensaron que la clase socioeconómica pobre son pacientes más agradecidos. Este se acentúa en los sujetos del sexo masculino.

El 3.79% expresaron que los pacientes de la clase socioeconómica media alta son mejores pacientes. Predominaron los sujetos del sexo masculino.

El 2.53% opinaron que los sujetos de la clase socioeconómica alta son mejores pacientes. Predominaron los sujetos del sexo masculino.

En términos generales, la población estudiada piensa que los pacientes más agradecidos son aquellos que pertenecen a la clase socioeconómica media baja.

No se altera significativamente según si tienen o no, otro trabajo.

(Cuadros 10a y 10b).

32.- El 74.68% se mostraron en desacuerdo con la aseveración de que hay muchos chismes en el Centro de Salud. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 10.12% afirmó que, efectivamente, existe dicha situación. Igualmente se distribuye en ambos sexos.

Un porcentaje significativo (15.19%) se abstuvo de responder a la aseveración; sin embargo puede concluirse que, en su mayoría, los sujetos estudiados no pensaron que hay demasiados chismes en el Centro de Salud. Los que si tienen otro trabajo se mostraron más suspicaces que los que no lo tienen.

33.- El 94.93% pensaron que el hecho de trabajar en una Institución Pública, no necesariamente, aumenta su prestigio social.

El 3.79% consideró la situación contraria. Observándose mayor predominio en los sujetos del sexo masculino.

Mostraron su desacuerdo, en mayor grado, con la aseveración, aquellos que no tienen otro trabajo. (cuadros 10a y 10b).

34.- El 89.87% de los sujetos estudiados, expresó que ha hecho amigos entre los enfermos e familiares.

El 8.86% manifestó una actitud prejuiciosa en ésta área, observándose mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo han hecho más amigos entre sus pacientes y familiares, que aquellos que si lo tienen. (cuadros 10a y 10b).

35.- El 86.07% opinaron que no es necesario tratar a los pacientes pobres de una manera autoritaria para evitar que se tornen desagradables.

El 10.12% consideraron lo contrario (al parecer manifiestan problemas de autoridad que engloba una actitud prejuiciosa). Se distribuyó por igual en ambos sexos.

Los que si tienen otro trabajo son, al parecer, menos enérgicos con sus pacientes que los que no lo tienen. (Cuadros 10a y 10b).

36.- El 89.87% se mostraron de acuerdo en que la medicina " socializada" terminó con la explotación que algunos médicos hacían con sus pacientes.

El 6.32% opinó lo contrario. En este último se observó mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino; en la primera parte se distribuyó por igual en ambos sexos.

Los que no tienen otro trabajo expresaron en mayor grado su acuerdo con la aseveración que los que si lo tienen. (Cuadros 10a y 10b).

37.- El 24.05% expresó que no hay nada que les moleste de sus pacientes.

El 16.45% opinó que lo que más les molesta es su inconstancia.

El 24.05% expresó que lo que más les molesta de sus pacientes es su impuntualidad.

El 22.78% expresó que lo que más les molesta de sus pacientes es su desaliño.

Al 3.79% les molesta su incapacidad para seguir indicaciones y al

5.06% lo que más les molesta es su ignorancia y su pobreza.

Se puede decir que solo 19 sujetos de los 79 estudiados no manifestaron actitudes de prejuicio hacia sus pacientes.

El 40.50% mostró una leve actitud prejuiciosa ya que, en efecto, algunos pacientes son inconstantes e impuntuales, pero no se pueden realizar generalizaciones.

El 8.85% manifestó una actitud abiertamente prejuiciosa hacia los mismos. Este se encuentra distribuido por igual en ambos sexos.

Distribución según si tienen o no, otro trabajo:

Si tienen otro trabajo.- El 7.14% no mostró actitudes de tipo prejuiciosa.

El 26.78% les molestó de los pacientes su inconstancia.

A1 17.85% su impuntualidad.

A1 19.64% les molestó su desaliño.

A1 8.92% les molesta su incapacidad para seguir indicaciones.

A1 7.14% su pobreza y el 12.50% no dió respuesta alguna a la aseveración.

Ne tienen otro trabajo.- El 13.04% no manifestó actitud prejuiciosa.

A1 30.43% les molesta de sus pacientes su inconstancia.

A1 30.43% les molesta su impuntualidad

A1 4.34% les molesta su incapacidad para seguir indicaciones y

A1 13.04% su pobreza.

En ambos casos, se encontró que lo que más les molesta de sus pacientes es su inconstancia ; en el caso de los que no tienen otro trabajo es la impuntualidad lo que más les molesta ,no mencionaron el desaliño que si se encontró en el grupo de los que si tienen otro trabajo. (Cuadros 10a y 10 b).

38.-El 48.10% prefiere no emplear el tratamiento sintematológico.

(13.93% en los sujetos del sexo femenino y 34.17% en los sujetos del sexo masculino).

El 46.83% se mostró de acuerdo con el empleo del tratamiento sintematológico. (20.25% en los sujetos del sexo femenino y 26.58% en los del sexo masculino.)

El 5.06% no contestó a la pregunta.

De lo anterior, se deduce que en términos generales, el médico del sexo masculino no prefiere el tratamiento sintematológico con mayor frecuencia que el del sexo femenino.

Los que tienen otro trabajo emplean menos el tratamiento sintematológico que los que no tienen otro trabajo. (Cuadros 10a y 10b).

39.- El 78.48% se mostró en desacuerdo en cuanto a que toda la gente asistente a consulta sea pobre, lo que señalan que conocen la posición real de los que asisten al servicio.

El 21.51% opinaron que, efectivamente, todos los que asisten a consulta son pobres, lo que está implicando una actitud de tipo prejuiciosa. Se observa mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino, al parecer los sujetos del sexo femenino, se mostraron menos prejuiciadas. Los que no tienen otro trabajo mostraron en menor grado su prejuicio al estar en desacuerdo con la aseveración, que los que si tienen otro trabajo. (Cuadros 10a y 10b).

40.-El 74.68% expresó que trabaja sin esperar recibir ningún tipo de reconocimiento por la labor que desempeña.

El 25.31% desea que su labor sea reconocida.

No se modificó según si tienen o no, otro trabajo. (Cuadros 10a y 10b).

Nota V.- Me permite estar en desacuerdo con éstos resultados ya que, por la observación realizada, me he percatado que, una de las quejas frecuentes de los médicos de los Centros de Salud es, precisamente, que no obtienen el reconocimiento que esperan recibir a su labor y a sus esfuerzos, situación que les despierta sentimientos de frustración, que solamente aceptaron 20 de los 79 sujetos.

CUADROS: 6a-6b y 6c:

41.-El 65.82% manifestaron que su actitud hacia los pacientes es de firmeza. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 29.11% expresó que su actitud es tolerante.

El 2.53% opinó que su actitud era autoritaria.

Negaron que dejaban hacer a sus pacientes lo que deseaban, también negaron que mostraran una actitud indiferente o agresiva hacia los mismos.

Distribución según si tienen o no, otro trabajo:

Si tienen otro trabajo.- El 37.50% expresó que su actitud es de firmeza.

El 8.92% expresó que la actitud que asume ante sus pacientes es tolerante.

El 30.34% manifestó que su actitud es autoritaria.

El 3.57% expresó que les deja hacer lo que quieren.

El 1.78% opinó que su actitud era indiferente y el

14.28% expresó que su actitud era agresiva.

Ne tienen otro trabajo.-Para el 47.82% su actitud hacia los pacientes era de firmeza.

El 8.69% expresó que su actitud era tolerante.

El 30.43% expresó que su actitud era autoritaria y el 8.68% expresó que les deja hacer lo que quieren.

En ambos casos predominó la actitud firme. Observándose que los que si tienen otro trabajo son más agresivos con sus pacientes que los que no lo tienen. (Cuadros 11a y 11b).

Nota VI.-Aquí también me muestre en desacuerdo ya que, en términos generales, he observado una actitud predominantemente indiferente de parte del médico hacia sus pacientes.

Tal vez sería conveniente investigar en un futuro, qué consideraren los sujetos estudiados como actitud " firme" ya que, en su mayoría (52), expresaren que es ésta la actitud que asumen.

Utilicé el adjetivo calificativo de firmeza para una actitud combinada de interés y energía dirigida a la mejor atención del paciente.

42.- El 81.01% opinó que, sin la ayuda de un programa, el trabajo estaría desorganizado. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

El 17.72% se mostró en desacuerdo con la utilidad que les proporciona un programa de trabajo.

Los que no tienen otro trabajo, aceptan mejor seguir con un programa - que aquellos que si lo tienen. (Cuadros 11a y 11b).

43.- El 81.01% expresaron que no tienen citada más gente de la que - pueden atender.

El 17.72% opinó lo contrario; ésta situación se acentúa en los sujetos del sexo masculino y estaría señalando cierta actitud de frustración.

Los que si tienen otro trabajo, sienten que tienen citada más gente de la que pueden atender, que aquellos sujetos que no tienen otro trabajo. (Cuadros 11a y 11b).

44.-El 77.21% opinó que en efecto, convertiría a sus pacientes en sus amigos. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 21.51% expresó que, si bien tratan con corrección a sus pacientes, difícilmente les convertirían en sus amigos. Esta situación se acentúa ligeramente en los sujetos del sexo femenino, lo que estaría indicando que éstas muestran mayor dificultad en vencer actitudes prejuiciosas - que los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo mostraron mayor disposición de acercarse a sus pacientes que los que si lo tienen. (Cuadros 11a y 11b).

45.-El 34.17% expresó que sus honorarios en la consulta privada son menores de \$50.00. Se observa que predominó en los sujetos del sexo masculino.

Para el 7.59% sus honorarios fluctúan entre \$50.00 y \$100.00. Únicamente lo expresaron los sujetos del sexo masculino.

Para el 3.79% sus honorarios varían entre \$150.00 y \$200.00. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

El 1.26% expresó que sus honorarios oscilan entre \$250.00 y \$300.00.

Los sujetos del sexo masculino fueron quienes externaron esta opinión.

Para el 3.79% sus honorarios son mayores a \$ 300.00, siendo los sujetos del sexo masculino quienes externaron tal opinión.

El 46.63% señalaron que no tienen consultorio, observándose un porcentaje más elevado (69%) en las mujeres que en los hombres (35%).

De lo anterior se podría concluir que del 50.63% de los médicos que tienen consultorio, el 34.17% obtienen honorarios menores a \$ 50.00. lo que me permite poner en tela de juicio, ya que es probable que los sujetos estudiados hayan desarrollado una actitud suspicaz, deformando la realidad de sus ingresos.

Distribución según otro trabajo:

Si tienen otro trabajo: El 32.14% expresó que sus honorarios en la consulta privada son menores a \$ 50.00.

Para el 12.50% sus honorarios oscilan entre \$50.00 y \$100.00

Para el 3.57% sus honorarios fluctúan entre \$150.00 y \$ 200.00.

Para el 1.78% sus honorarios varían entre \$250.00 y \$300.00.

El 44.64% expresó que no tiene consultorio.

No tienen otro trabajo.- El 30.43% expresó que sus honorarios en la consulta privada son menores de \$ 50.00.

Para el 4.34% sus honorarios fluctúan entre \$150.00 y \$200.00° .

Para el 13.04% sus honorarios son mayores a \$ 300.00.

El 52.17% expresó que no tienen consultorio.

En ambos casos, se observa que la mayor frecuencia se encuentra en los sujetos que no tienen consultorio, de aquellos que si lo tienen sus honorarios son menores a \$50.00 y aquellos que no tienen otro trabajo sus honorarios pasan de \$300.00, situación que no se observa en los que si tienen otro trabajo.

46.- El 2.53% mostró desacuerdo en cuanto a su preferencia por una labor meramente institucional. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 24.05% se mostró muy en desacuerdo con dicha situación (se distribuyó con frecuencias semejantes en ambos sexos).

El 6.32% señaló estar totalmente en desacuerdo.

El 3.79% mostró estar de acuerdo con preferir un trabajo como médico Institucional de carrera.

El 1.26% manifestó estar muy de acuerdo con la aseveración.

El 41.79% estuvo totalmente de acuerdo con la aseveración.

El 20.25% evadió responder a esta pregunta, distribuyéndose por igual en ambos sexos.

En general, el 46.83% expresó su preferencia por el trabajo institucional sobre la práctica privada, observándose mayor frecuencia en los sujetos del sexo femenino.

El 32.90% expresó la situación contraria, inclinándose la mayor frecuencia hacia los sujetos del sexo masculino.

Esta situación es concordante con el porcentaje de los que expresaron no tener consultorio, lo que daría la explicación de que, si no lo tienen es por su preferencia a la práctica institucional; sin embargo, a mi parecer, no está reñida una situación con la otra.

No se observó alteración en los que si tienen o no, otro trabajo; únicamente dejaron sin responder más sujetos de los que si tienen otro trabajo. (Cuadros 11a y 11b).

47.- El 87.34% mostró su desacuerdo con la aseveración de que importa poco la cantidad de medicamento que se les da a los pacientes, muestran una actitud realista ante ésta situación.

El 7.59% se mostró de acuerdo con la aseveración. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

Los que no tienen otro trabajo, mostraron en mayor grado su desacuerdo con la aseveración, que aquellos sujetos que si tienen otro trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

48.- El 63.29% expresó que el ambiente de su trabajo no es un obstáculo para el conocimiento de gente valiosa. Se observa mayor frecuencia en los sujetos del sexo femenino.

El 30.37% se mostró de acuerdo en que el ambiente de su trabajo se presta poco para conocer gente valiosa. Esta opinión se acentuó en los sujetos del sexo masculino, lo que señala que, a éste respecto, son más prejuiciosos que las mujeres.

No se altera significativamente según si tienen o no, otro trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

49.- El 54.43% no consideraron que su trabajo sea una necesidad.

El 41.71% expresó lo contrario.

En éste caso son, los sujetos del sexo masculino quienes opinaron que su trabajo tiene otros aspectos más valiosos que la mera satisfacción de una necesidad económica; mientras que, al parecer, las mujeres sien

ten más el trabajo como una obligación. Ello es explicable, si se considera que aún persiste el pensamiento de que la mujer encuentra su realización dentro del hogar y de que si trabaja, es por satisfacer necesidades de tipo económico.

No se altera según si tienen o no, otro trabajo. (Cuadros 11a y 11b).

50.- El 89.87% opinaron que, independiente de las satisfacciones de tipo personal, el médico también recibe reconocimiento de otras personas por la labor que realiza.

El 7.59% opinó que sienten que nadie reconoce su labor y que solo reciben satisfacción personal. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

Los que sienten otro trabajo manifestaron en mayor grado su desacuerdo con la aseveración, que aquellos que no le tienen. (cuadros 11a y 11b).

51.- El 36.70% no sintieron que llevar tarjeta sea impropio a su condición de médico. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 56.96% expresó que, efectivamente, el hecho de que se les controle por medio de una tarjeta es impropio a su condición de médico. Igualmente se distribuyó en ambos sexos con la misma frecuencia.

El 6.32% no contestó a la pregunta, siendo los sujetos del sexo femenino quienes evadieron con mayor frecuencia la respuesta.

No se altera según la distribución de si tienen o no, otro trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

Nota VII.-Nuevamente estoy en desacuerdo con éstos resultados, ya que he observado que el porcentaje de médicos que se quejan del control por medio de la tarjeta es, en realidad, más elevado que el aquí expresado.

52.-El 40.50% no pensaron que sea necesario exigir a sus pacientes que se aseen antes de asistir a consulta.

El 58.22% consideró que, en efecto, había que exigir el aseo del paciente antes de recibir la consulta. Ello está señalando una actitud de tipo prejuiciosa ya que, si bien es cierto que algunos pacientes acuden desaseados a consulta, no todos lo hacen. Se encontró que los sujetos del sexo femenino manifestaron en mayor grado esta actitud que los del sexo masculino.

No se alteró significativamente según si tienen o no, otro trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

53.-El 64.55% aceptaron el hecho de seguir un programa de trabajo.

Predominando esta opinión en los sujetos del sexo masculino.

Cabe señalar que el 81.01% 9 (pregunta 42) estaba, en principio de acuerdo con la opinión de que sin la ayuda de un programa el trabajo estaría desorganizado; sin embargo, al ponerlo en práctica, el 16.46% mostró una opinión contraria, expresando su disgusto por lo que consideraban necesario.

Ello hablaría de una actitud probablemente pesimista de éstos sujetos.

Los que sí tienen otro trabajo, les disgusta en menor grado seguir un programa de trabajo que los que no lo tienen, éstos resultados son contrarios a los obtenidos en la pregunta 42. (Cuadros 11a y 11b).

54.- El 72.15% consideró a sus pacientes con los mismos derechos que cualquier otra persona y, en teoría, no se pondrían a una relación de tipo más personal con los mismos. Esta opinión se encontró ligeramente más acentuada en los sujetos del sexo femenino.

El 27.84% mostró una actitud de tipo prejuiciosa a éste respecto, acentuándose en los sujetos del sexo masculino.

No se altera significativamente según si tienen o no, otro trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

55.- El 89.87% consideró que el trabajo que realiza en el Centro de Salud le da crédito suficiente como para crearse un prestigio.

El 10.12% mostró una actitud de frustración a ésta respecto, todos ellos pertenecieron al sexo masculino.

Los que sí tienen otro trabajo, expresaron que su desempeño en el Centro de Salud no les da crédito suficiente en mayor grado, que aquellos que no lo tienen. (cuadros 11a y 11b).

56.- El 82.27% expresó que no reciben regalos de sus pacientes. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

El 17.72% manifestó que si recibían regalos de sus pacientes.

Esta aseveración pretendía conocer la actitud seductora del médico que, al parecer por los resultados obtenidos, se presenta en bajo porcentaje y con misma frecuencia en ambos sexos.

Los que no tienen entre trabajo, expresaron que reciben más regalos que los que si lo tienen. (Cuadros 11a y 11 b).

57.- El 89.87% consideró que los descuentos que existen en su paga quin cenal son los que estipula la ley.

El 6.32% opinó lo contrario, manifestando con ello una actitud pece realista. Se distribuyó por igual en ambos sexos.

Se altera significativamente según si tienen o no entre trabajo.

(Cuadros 11a y 11b).

58.- El 63.29% consideró que disponían de tiempo para mantener relacie nes interpersonales adecuadas con sus compañeros; ésta epinién predominó en los sujetos del sexo masculino; al parecer las mujeres se mastra ren más renuentes al intercambio de opiniones con sus compañeros.

El 35.44% expresó que si no se acercaban a sus compañeros, era debido a que disponían de pece tiempo. (¿ o pece interés?).

Los que si tienen entre trabajo disponen, curiosamente, de más tiempo para acercarse a sus compañeros que aquellos que no lo tienen.

(Cuadros 11a y 11b).

59.- El 34.17% son los que se mestraren en desacuerdo en cuanto a que su trabajo actual no es suficiente para brindarles seguridad para el fu ture de su familia; son los sujetos del sexo femenino en quienes se en centró en mayor grado.

El 64.55% estuvieron de acuerdo con la aseveración, predominando ésta epinién en los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen entre trabajo sienten mener inseguridad económica que los que si lo tienen. (Cuadros 11a y 11b).

Nota VIII.- Me hace la pregunta ¿ no están denotando éstos resultados

una actitud pasiva de parte de los médicos, o una forma de defenderse de la angustia que le ocasionaría sentir inseguridad económica? porque de acuerdo a los resultados obtenidos, únicamente son seis los sujetos que tienen nomenclatura de base en los cuales sería comprensible que manifestaran cierta tranquilidad económica.

60.- El 63.29% consideró que no es muy importante la gratitud de sus pacientes; ésta opinión se encontró ligeramente acentuada en los sujetos del sexo masculino.

El 36.70% opinó lo contrario, acentuándose en los sujetos del sexo femenino, quienes al parecer, mostraron una sensibilidad mayor a la gratitud, que al no recibirla, fomentará una sensación de frustración.

No se modificó según si tienen o no otro trabajo. (Cuadros 11a y 11b).

CUADROS 7a-7b y 7c

61.- El 29.11% se mostró en desacuerdo con la aseveración de que los pacientes de su consulta manifiestan una actitud explotadora hacia la Institución. Esta opinión predominó en los sujetos del sexo masculino.

El 69.49% expresó que, en efecto, los pacientes tratan de explotar a la Institución. Llama la atención, que el porcentaje más importante se incline hacia una actitud de tipo prejuiciosa ya que, en las aseveraciones anteriores, se encontró el fenómeno inverso. Los sujetos del sexo femenino se mostraron más prejuiciados que los del sexo masculino.

Los que tienen otro trabajo piensan con mayor frecuencia, que los pacientes son explotadores, que aquellos que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

62.- El 74.68% se mostró en desacuerdo con la aseveración de que el servicio podría mejorarse si se elevara la cuota de la consulta. Se observó mayor frecuencia en los sujetos del sexo femenino.

El 17.72% consideró que existe relación entre el servicio que proporcionan y la cuota que se paga por ella.

Ello es una actitud prejuiciosa ya que, de ninguna manera, los pacientes podrían hacer efectivos los honorarios del médico; sino que es una

cuota simbólica. Esta opinión se acentúa en los sujetos del sexo masculino. El 7.59% evadió contestar.

Los que no tienen otro trabajo, pensaron que para que el servicio mejore no es necesario elevar la cuota, contrariamente a la opinión que externaron los que sí la tienen. (Cuadros 12a y 12b).

63.- El 17.72% expresó que no se sienten a disgusto con las normas establecidas en el lugar en donde trabajan. Distribuyéndose por igual en ambos sexos.

El 79.74% manifestó abiertamente su disgusto con las normas establecidas.

No se modificó según si tenían o no, otro trabajo. (Cuadros 12a y 12b).

Nota IX.- Llama la atención la contradicción de las opiniones ya que, en preguntas anteriores, los sujetos estudiados expresaron que les gusta el lugar en donde trabaja, no les molesta el hecho de tener que chequear tarjeta, etc. y en ésta aseveración aceptan su malestar ante una situación en esencia inmodificable, ya que las normas establecidas no podrían satisfacer las necesidades de cada uno de los trabajadores sin afectar a otros.

Sería conveniente investigar cuáles de esas normas son las que despiertan disgusto en los médicos y puedo anticipar que muchos de ellos no las conocen.

64.- El 91.13% estuvo en desacuerdo con que la " socialización" de la medicina haya coartado las posibilidades de lucro de los médicos.

Los que tienen otro trabajo piensan que la socialización de la medicina coartó las posibilidades de lucro de los médicos, con mayor frecuencia que los que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

Nota X.- La pregunta que ante estos resultados me formularía, sería si opinan esto porque sienten que el médico puede conseguir lucro por otros medios, o bien, si no les interesa dicha situación y se sienten satisfechos únicamente porque pueden ofrecer sus conocimientos a las clases socioeconómicamente menos privilegiadas.

El 10.12% manifestó su acuerdo con lo anterior; acentuándose ésta opinión en los sujetos del sexo masculino.

65.- El 96.20% no desean que los pacientes reconozcan los esfuerzos que se hacen por ellos; si esto puede considerarse como real, estaría hablando o de una actitud humanista o de una indiferencia hacia los pacientes. Los que tienen otro trabajo, expresaron que les gustaría que sus pacientes reconocieran sus esfuerzos con mayor frecuencia que los que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

66.-El 73.41% expresaron que utilizan los medios paraclínicos y las interconsultas. Esta opinión se encontró más acentuada en los sujetos del sexo masculino.

El 16.45% expresó que no los utiliza, acentuándose en los sujetos del sexo femenino.

El 10.12% no respondió a la pregunta.

No se modificó significativamente según si tienen o no, otro trabajo. (CUadros 12a y 12b).

Nota XI.- Considero que ésta actitud del médico es más bien de tipo ideal que real ya que, debido a las limitaciones del Centro de Salud, es probable que un porcentaje tan elevado utilice los medios paraclínicos y las interconsultas.

67.-El 55.69% se mostró en desacuerdo con la aseveración. Se acentúa ligeramente en los sujetos del sexo masculino.

El 44.30% consideró que la gente que asiste a consulta soporta malos tratos por parte del personal.

No se modificó según si tienen o no, otro trabajo. (Cuadros 12a y 12b).

Nota XII.-Esta actitud es prejuiciosa, porque si bien es real la situación de que algunas gentes tratan incorrectamente a los pacientes, ello no es lo frecuente, tal y como lo señalan los sujetos estudiados; en el caso en que dicha situación fuera real, estaría señalando pasividad en los pacientes al expresar que " no les queda otro remedio", ya que éstos podrían presentar su queja con las autoridades.

No se modifica según si tienen o no otro trabajo. (Cuadros 12a y 12b).

68.- El 44.30% consideró que el tiempo designado a cada paciente le es suficiente para realizar una exploración adecuada.

Esta es la opinión que externaron, en su mayoría , los sujetos del sexo masculino.

El 51.89% expresó que, en efecto, el tiempo designado les imposibilita la realización de una exploración adecuada. En los sujetos del sexo femenino es en donde se observa acentuada ésta opinión.

Los que tienen otro trabajo consideraron que el tiempo es insuficiente en comparación con los que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

Nota XIII.- Nuevamente se encuentran resultados contradictorios ya que en la pregunta 23 se observó que las mujeres expresaron que dedicaban menos tiempo para atender a sus pacientes que los sujetos del sexo masculino, y es en ellos, en quienes se acentúa la opinión de que el tiempo es insuficiente. En la pregunta 43, el 81.01% expresó que no tienen citada más gente de la que pueden atender, luego entonces, cómo es posible que sientan que el tiempo designado a cada paciente es insuficiente si por un lado, ellos sienten que no tienen exceso de pacientes y por otro lado el tiempo real que les dedican no es el que expresaron. ¿No es ésta una actitud que trata de disculpar las deficiencias del médico?

69.- El 3.79% se mostró en desacuerdo con la aseveración de que debido a los bajos sueldos, Salubridad tiene mucha gente impreparada. Todos ellos pertenecieron al sexo masculino.

El 93.67% consideró que en efecto, el hecho de que Salubridad ofrezca menores ingresos, contribuye a que sus empleados sean impreparados.

Los que no tienen otro trabajo, se inclinaron a pensar que debido, a los bajos sueldos, Salubridad tiene mucha gente impreparada, con mayor frecuencia que los que si tienen otro trabajo.

Nota XIV.- ¿Esta situación no estaría hablando de una actitud frustrante en extremo, para aquellos médicos que se están considerando, implícitamente, impreparados?. Además ¿ únicamente el hecho de que otras Ins

tituciones ofrezcan mayores sueldos, es índice de capacidad en sus trabajadores?. ¿ no existe gente altamente preparada que trabaja por baja remuneración ?.

70.- El 79.74% opinó que no todos los pacientes son iguales. Se distribuyó casi por igual en ambos sexos.

El 18.98% consideró que todos los pacientes son iguales. Ello estaría hablando de una actitud prejuiciosa, al restarle importancia a las diferencias individuales y al realizar categorizaciones con los pacientes. Los que tienen otro trabajo, mostraron menor prejuicio en esta aseveración que los que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

71.- El 81.01% expresó que no es necesario ser autoritario para conseguir que los pacientes sigan sus instrucciones. Esta opinión predominó ligeramente en los sujetos del sexo masculino.

El 6.32% opinó lo contrario, siendo los sujetos del sexo femenino en quienes se encontró mayor frecuencia.

El 12.65% no respondió a la pregunta, predominando los sujetos del sexo femenino.

Elle encierra una actitud prejuiciosa, ya que si bien es real, el hecho de que algunas personas, por su manera individual de reaccionar, requieran un médico autoritario, es definitivo que no todos los pacientes funcionarían satisfactoriamente con este tipo de personalidad.

Los que no tienen otro trabajo son menos autoritarios que los que si lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

72.- El 67.08% se mostró en desacuerdo con el hecho de que deba de someterse a la superioridad. Predominó ligeramente esta opinión en los sujetos del sexo masculino.

El 27.84% asumió una actitud de tipo pasiva al expresar que si deben someterse a las exigencias de la superioridad. Al parecer las mujeres tienden más a presentar esta actitud.

Los que no tienen otro trabajo, piensan que deben someterse a las exi-

gencias de la autoridad en mayor grado que los que si lo tienen.

(Cuadros 12a y 12b).

Nota XV.- Si bien era esperada la respuesta de no sometimiento a la superioridad, no fué posible conocer si ésta actitud encerraba un oposicionismo a la autoridad e un deseo de conciliar los intereses de la autoridad con los intereses personales.

73.-El 30.37% consideró que no cuentan con el suficiente material y equipo para desarrollar su trabajo. Predominó en los sujetos del sexo femenino.

El 64.55% expresó que cuentan con material suficiente para la realización de su trabajo.

Los que tienen otro trabajo, expresaron que cuentan con menores facilidades para el desempeño de su trabajo que los que no tienen

(Cuadros 12a y 12b).

Nota XVI.- Estoy en desacuerdo con los sujetos que expresaron que cuentan con el suficiente equipo ya que, nuevamente menciono como situación real, las limitaciones en ese sentido, de los Centros de Salud.

74.- El 45.56% no atienden pacientes fuera de sus horas de trabajo. Esta opinión se acentuó en los sujetos del sexo masculino .

El 48.10% respondió que si atienden pacientes fuera de sus horas de trabajo. Se encontró en mayor grado en los sujetos del sexo femenino.

que no tienen otro trabajo atienden con más frecuencia a pacientes fuera de sus horas de trabajo que los que si lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

Nota XVII.- Considero que, en efecto, y solo en casos excepcionales, los médicos atienden pacientes cuando ya han cumplido con su horario requerido, pero el porcentaje, a mi juicio, elevado, que expresé que si lo hacen, no son del todo sinceros ya que he observado que, en su mayoría - los médicos terminan su consulta con suficiente anticipación a su hora de salida.

75.- En la consulta particular los médicos estudiantes prefieren atender a pacientes de la clase socioeconómica:

El 16.45 % expresó que atienden de cualquier nivel. Predominando los sujetos del sexo femenino.

El 3.79% expresó que atienden a sujetos de la clase media media. Predominan los sujetos del sexo femenino.

El 17.72% a la clase media alta. Predominó los sujetos del sexo masculino.

El 25.31% a la clase media baja. Predominó los sujetos del sexo masculino.

El 3.79% atiende a la clase indigente. Únicamente sujetos del sexo masculino.

El 18.98% atienden a la clase alta. Predominando los sujetos del sexo femenino.

En general, los sujetos del sexo masculino refirieron que sus preferencias se inclinaban a atender pacientes de la clase socioeconómica media baja; mientras que los sujetos del sexo femenino parecen que se inclinan a atender pacientes de nivel socioeconómico alto. Aunque señalan que, en un caso determinado atienden de cualquier condición.

La relación que existe con la pregunta 18 es que, en efecto, los sujetos del sexo femenino, expresaron que sus pacientes particulares pertenecían a la clase socioeconómica media alta.

Mientras que los sujetos del sexo masculino expresaron que sus pacientes pertenecían a la clase socioeconómica alta, situación que no se observa reforzada en esta pregunta; al parecer los sujetos del sexo masculino son menos consistentes en sus respuestas que los del sexo femenino.

Por otro lado, los sujetos del sexo masculino expresaron en mayor grado (pregunta 27), que los pacientes de clase socioeconómica alta son mejores pacientes (situación que niegan al referir sus preferencias por pacientes de condición media baja).

En lo que se refiere a la relación con la pregunta 45 se encontró que -- sus honorarios son menores a \$ 50.00, éste podría confirmar que los sujetos del sexo masculino, atienden pacientes de clase socioeconómica media baja, pero no coincidirían con la afirmación de los sujetos del sexo femenino que refieren la situación contraria.

Distribución según si tienen o no, otro trabajo:

Si tienen otro trabajo.- El 8.92% atienden de todos los niveles en su consulta particular.

El 1.78% atienden de condición social media media.

El 28.57% atienden de clase social media alta.

El 3.57% de clase media baja.

El 14.28% atienden de clase socioeconómica indigente.

El 37.50% de condición social alta.

No tienen otro trabajo.- El 26.08% atienden de todos los niveles.

El 8.69% atienden de clase social media alta.

El 13.04% atienden a pacientes de clase media baja

El 18.26% a pacientes indigentes

El 30.43% a pacientes de clase social alta.

En general, se observa que en ambos casos la frecuencia predominante es la clase alta.

Nota XVIII.-Por lo anteriormente señalado, puede deducirse poca consistencia en las respuestas de ambos sexos y en general, podría indicar una situación de suspicacia al proporcionar sus respuestas.

76.-El 81.01% mostró su desacuerdo con la aseveración de que todos los pacientes que acuden al Centro de Salud son torpes. Predominaron los sujetos del sexo masculino.

El 12.65% expresó que todos los pacientes son torpes. Esta actitud prejuiciosa predominó en los sujetos del sexo femenino.

Los que no tienen otro trabajo mostraron menor prejuicio.

77.-El 48.10% se mostró en desacuerdo con la aseveración. Predominó ligeramente ésta opinión en los sujetos del sexo femenino.

El 46.83% estuvo de acuerdo en lo innecesario de otorgar demasiado tiempo a los pacientes, ya que éstos no comprenden el interrogatorio. Esta actitud prejuiciosa se observó ligeramente, en mayor grado en los sujetos del sexo masculino.

Los que si tienen otro trabajo mostraron menor prejuicio que los que no lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

Nota XIX.- Encontré discrepancia en los resultados ya que, según la pregunta 26, los sujetos del sexo masculino dedican de 35 a 40 minutos a cada paciente, y los sujetos del sexo femenino dedican de 30 a 35 minutos, no se relaciona con ésta pregunta debido a que si, dicha situación fuese real, habrían aceptado dedicar menos tiempo a cada paciente. Lo que señala que los sujetos estudiados, trataron de dar una imagen favorable que no conservaron hasta el final.

78.- El 44.30% expresó que, a pesar de tratarse de personas recomendadas no realizan esfuerzos adicionales. Predominó en los sujetos del sexo masculino.

El 49.36% manifestó que, cuando se trata de personas recomendadas realizan esfuerzos adicionales. Esta actitud predominó en los sujetos del sexo femenino.

Hay que observar que el porcentaje más elevado lo constituye el segundo grupo por lo que, al parecer, el médico siente que debe someterse a las presiones de la autoridad. ¿ no es ésta una situación que propicia frustración?.

Los que no tienen otro trabajo hacen menos esfuerzos cuando se trata de personas recomendadas, que los que si lo tienen. (Cuadros 12a y 12b).

79.- El 53.16% expresó que el lugar en donde trabajan es agradable. Esta opinión prevaleció en los sujetos del sexo masculino.

El 40.50% manifestó la opinión contraria, predominando el disgusto entre los sujetos del sexo femenino.

Los que no tienen otro trabajo les parece agradable el lugar en donde trabajan, situación que se presenta en menor grado en aquellos que si

lo tienen. (Cuadros 12a y 12 b).

Nota XX.-En relación con la pregunta de que realiza el trabajo completamente a su gusto ,el 83.54% opinó afirmativamente; porcentaje que no se encontró en ésta aseveración y considero que en primer término,el médico debe sentir agradable su consultorio, aunque en realidad no lo sea, para poder desempeñar sus labores realmente a su gusto. Al parecer fueron los sujetos masculinos los que manifestaron su disgusto, lo contrario se encontró en ésta última pregunta.

80.-El 56.96% se mostró de acuerdo en que su trabajo actual tiene futuro, predominó ligeramente en los sujetos del sexo masculino.

El 37.97% siente que su trabajo actual no tiene futuro; ésta actitud, que propicia frustración se observa más acentuada en los sujetos del sexo femenino.

No se modifica significativamente según si tienen o no , otro trabajo. (Cuadros 12a y 12b).

CUADROS 8a-8b y 8c

81.- El 73.41% manifestó no sentirse obstaculizado para realizar sus ambiciones políticas. Predominó esta opinión en los sujetos del sexo femenino.

El 30.37% siente, en algún grado, que sus ambiciones políticas se ven obstaculizadas, predominando los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo se sienten menos obstaculizados para realizar sus ambiciones políticas que los que si lo tienen. (Cuadros 13a y 13 b).

Nota XXI.- Sería conveniente, en investigaciones posteriores, determinar si los médicos tienen ambiciones políticas y cuáles son éstas, ya que considero la pregunta ambigua en cuanto al porcentaje que señaló no sentirse obstaculizado,¿por no tener ambiciones políticas o por no percibir entorpecimiento para ellas?.

82.- El 21.51% consideró que el tiempo mínimo para hacer un diagnóstico presuncional en la primera consulta era de 30 minutos. Predominó esta opinión en los sujetos del sexo femenino.

El 2.53% consideró 20 minutos como mínimo, siendo igual en ambos sexos.

El 8.86% expresó que era suficiente 12 minutos o menos. Predominó en los sujetos del sexo femenino.

El 37.97% expresó que el tiempo mínimo era de 60 minutos. Predominando los sujetos del sexo masculino.

El 6.32% expresó que 45 minutos. Predominó en los sujetos del sexo masculino.

El 17.72% expresó que necesitaban más de 60 minutos. Predominó en los sujetos del sexo femenino.

Se observa que para los sujetos del sexo masculino, el tiempo mínimo para hacer un diagnóstico presuncional oscila entre 45 y 60 minutos; éstos sujetos manifestaron que el tiempo real que dedican a sus pacientes fluctúa entre 35 y 40 minutos. (¿Luego entonces ellos mismos están expresando que no toman el tiempo necesario para llevar a cabo el diagnóstico? ¿o se trata del tiempo dedicado a pacientes subsecuentes?).

Para los sujetos del sexo femenino, se encontró que no manifestaron consistencia en cuanto al tiempo mínimo, ya que un porcentaje se inclinó hacia más de 60 minutos y otro hacia 12 minutos. Mientras que expresaron que el tiempo real que dedican a sus pacientes oscila entre 30 y 35 minutos. Se observó nuevamente discrepancias significativas en las respuestas de los sujetos estudiados.

Distribución según si tienen o no otro trabajo:

Si tienen otro trabajo: El 23.21% expresó que necesitan 30 minutos como mínimo para realizar un diagnóstico presuncional.

El 14.28% expresó que necesita de 20 minutos.

El 16.07% de 12 minutos o menos.

El 28.57% de 60 minutos.

El 7.14% de 45 minutos

El 8.92% expresó que necesita más de 60 minutos.

Los que no tienen otro trabajo expresaron.- El 21.69% necesita de 30 minutos.

El 4.34 % de 12 minutos o menos.

El 34.76% de 60 minutos.

El 30.43% de más de 60 minutos.

En ambos casos, la mayor frecuencia se encontró en 60 minutos, los que no tienen otro trabajo señalaron en segundo lugar que necesitan más de 60 minutos, mientras que los que si lo tienen, señalaron en segundo lugar necesitar como mínimo 30 minutos.

83.- El 75.94% se mostró en desacuerdo con la aseveración; predominando significativamente los sujetos del sexo masculino.

El 20.25% estuvo de acuerdo en que si los pacientes pagaran más, esto sería una motivación para el médico; siendo los sujetos del sexo femenino quienes expresaron en mayor grado esta opinión.

Los que no tienen otro trabajo expresaron que los pacientes deberían pagar más la consulta, que los que si lo tienen. (Cuadros 13a y 13b).

84.- El 50.63% opinó que no sienten que exista política en contra de ellos, siendo los sujetos del sexo femenino, quienes expresaron en mayor grado esta opinión.

El 43.03% expresó que si existe política en contra de ellos. Al parecer los sujetos del sexo masculino son los que mostraron mayor suspicacia en este sentido.

Los que no tienen otro trabajo sienten en mayor grado que hay política en contra de ellos que los que si tienen otro trabajo. (Cuadros 13a y 13 b).

85.-El 30.37% se mostró en desacuerdo con la aseveración de que, a pesar de tener bajos ingresos, sienta que las circunstancias le exijan dar una apariencia próspera; esta opinión predominó significativamente en los sujetos del sexo femenino.

El 53.16% expresó que, a pesar de percibir bajos ingresos, las circunstancias le exigen dar una apariencia próspera, predominando esta opinión en los sujetos del sexo masculino.

Los que no tienen otro trabajo se sienten menos presionados a dar una

apariciencia próspera ,que los que si lo tienen. (Cuadros 13a y 13b).

86.- El 82.27% expresó que el tratamiento que más emplean es el etiológico, predominando los sujetos del sexo masculino.

El 6.32% mostró su desacuerdo sobre el empleo de dicho tratamiento.

Se encontró en los sujetos del sexo femenino.

El 12.65% no proporcionó respuesta alguna, siendo los sujetos del sexo femenino quienes se abstuvieron en mayor grado que los del sexo masculino.

No se modificó significativamente según si tienen o no otro trabajo.

(Cuadros 13a y 13 b).

87.- El 62.02% consideró que hay compañerismo en su trabajo. Predominaron los sujetos del sexo masculino.

El 32.91% opinaron que en su trabajo hay poco compañerismo. Predominó el sexo femenino.

Al parecer las mujeres presentaron mayor dificultad en el establecimiento de las relaciones interpersonales.

No se modificó significativamente según si tienen o no , otro trabajo.

(CUadros 13 a y 13 b).

88.- El 35.44% expresó su desacuerdo con la aseveración de que las personas que asisten a consulta huelen mal. Predominó ésta opinión entre los sujetos del sexo masculino.

El 62.02% expresó que, las personas que asisten a consulta huelen mal.

Predominó en los sujetos del sexo femenino.

Los que si tienen otro trabajo mostraron en menor grado una actitud prejuiciosa que los que no lo tienen. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXII.- Se encontró una actitud prejuiciosa hacia los pacientes en éste sentido. Aunque bien es cierto que algunas personas de las que asisten a consulta son desaseadas, no todos lo son, por lo que la generalización que realizaron los médicos no resulta del todo correcta.

89.-El 58.22% expresó que sus relaciones con el personal subalterno son satisfactorias. Predominó en los sujetos del sexo femenino.

El 39.24% no mantiene relaciones adecuadas con el personal subalterno, siendo ésto más frecuente en los sujetos del sexo masculino.

Los que sí tienen otro trabajo, se relacionan mejor con el personal subalterno que los que no lo tienen. (Cuadros 13 a y 13 b).

Nota XXIII.- Existe contradicción entre éstos resultados y los obtenidos en la aseveración 87. En ésta última (87) fueron las mujeres quienes manifestaron que no existía compañerismo en su trabajo . Mientras que los hombres parecían establecer mejores relaciones. Podría explicarse si se considera que los médicos del sexo masculino pueden relacionarse mejor con sus compañeros que con sus subalternos, mientras que, con los del sexo femenino, la situación es a la inversa.

90.-El 60.75% se mostró en desacuerdo con la aseveración de que si los sueldos fueran más elevados, el médico estaría mejor motivado; esta opinión se acentuó en los sujetos del sexo femenino.

El 34.17% expresó que, si los sueldos fueran más elevados el médico estaría mejor motivado; siendo los sujetos del sexo masculino en quienes predominó dicha opinión.

Los que no tienen otro trabajo no piden mejores sueldos. (Cuadros 13a y 13 b).

Nota XXIV.- Los sueldos percibidos cuando se aplicó el cuestionario se encuentran en la introducción.

91.- El 81.01% opinó que daría consulta fuera de las horas de trabajo en un caso especial, predominando ésta opinión en los sujetos del sexo femenino.

El 17.72% no mostró disposición a dar consulta fuera de las horas de trabajo.

trabajo, siendo los sujetos del sexo masculino en quienes predominó dicha opinión.

No se modificó según si tienen o no, otro trabajo. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXV.- En general, considero que es excepcional que el médico del Centro de Salud tenga que poner en práctica dicha opinión ya que, casi

siempre, la consulta termina antes que el tiempo del médico; probablemente la organización interna de los servicios se preocupa de que esto suceda así.

92.- El 74.68% expresó que no se debe regalar el medicamento a los pacientes, ya que si lo compran. Esta opinión se presentó por igual en ambos sexos.

El 15.19% estuvo de acuerdo en que si el medicamento no se les regalaba a los pacientes éstos no lo comprarían.

Los que si tienen otro trabajo se mostraron en mayor grado en desacuerdo con la aseveración que los que no lo tienen. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXVI.- Valdría la pena conocer, en investigaciones posteriores, si piensan que el medicamento se debe regalar por la condición socioeconómica del paciente o cuáles serían las causas para hacerlo.

93.- El 48.10% no dejaría el Centro de Salud por dedicarse a la práctica privada tiempo completo. Esta actitud predominó en los sujetos del sexo masculino.

El 50.63% opino que, en efecto, de ser posible dejaría el trabajo institucional por dedicarse a la práctica privada, esto predominó en los sujetos del sexo femenino.

Los que no tienen otro trabajo dejarían el Centro de Salud para dedicarse por completo a la práctica privada. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXVII.- Me pregunto ¿ cuáles son las causas por las que las mujeres tienden a desear abandonar la práctica institucional por la privada?

94.- El 29.11% expresó que no trabaja en Salubridad mientras consigue ingresar a otra Institución de mayor prestigio. Esta actitud fué casi exclusiva de los sujetos del sexo femenino.

El 73.41% señaló que se encuentra trabajando en Salubridad mientras consigue ingresar a otra Institución de mayor prestigio. Esto se encontró con mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino.

El 10.12% no respondió, siendo los sujetos del sexo masculino en quienes se observó la frecuencia más alta.

Los que no tienen otro trabajo son los que trabajan en Salubridad mientras consiguen ingresar a otra Institución. (Cuadros 13a y 13b).

95.- El 59.49% no siente que pierda el tiempo tratando de arreglar problemas administrativos; esto se observó con mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino.

El 37.97% opinó lo contrario, encontrándose en los sujetos del sexo femenino, la mayor frecuencia.

No se modificó según si tienen o no, otro trabajo. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXVIII.- Sería conveniente informarse acerca de aquellos problemas de índole administrativo a los que se refieren los médicos.

96.- El 91.13% de los sujetos se mostró de acuerdo con la aseveración de que cualquier Institución descentralizada paga mejor al médico que las Instituciones de gobierno.

El 3.79% Mostró su desacuerdo. Esta actitud se observó por igual en ambos sexos.

No se modificó significativamente según si tenían o no, otro trabajo.

(Cuadros 13a y 13b).

97.- El 12.65% expresó que no tiene planes y ambiciones políticas dentro de su trabajo, encontrándose la mayor frecuencia en los sujetos del sexo masculino.

El 45.56% por el contrario manifestó que sí tiene planes y ambiciones políticas dentro de su trabajo; observándose mayor frecuencia en los sujetos del sexo femenino.

Los que no tienen otro trabajo presentan mayores ambiciones políticas que los que sí lo tienen. (Cuadros 13a y 13b).

Nota XXIX.- Para investigaciones futuras sería interesante conocer cuáles son esas ambiciones políticas que señalaron los médicos.

Resulta curioso el hecho de que las mujeres hayan manifestado mayor

frecuencia en ésta respuesta, hecho que resalta si se considera que éstas preferirían en mayor grado, la práctica privada. Por lo que resulta un tanto contradictorio.

98.- El 84.81% no consideró que se le exigía dar consulta a un número determinado de personas, ésta opinión predominó en los sujetos del sexo masculino.

El 6.32% consideró que se le exigía dar consulta a un número determinado de personas; siendo los sujetos del sexo femenino quienes expresaron en mayor grado dicha opinión.

El 8.86% no respondió a la pregunta, observándose en los sujetos del sexo femenino, mayor rechazo.

Los que si tienen otro trabajo sienten mayores presiones en cuanto a la consulta, que los que no lo tienen. (Cuadros 13 a y 13 b).

99.- El 65.82% mostró su desacuerdo con la aseveración ; siendo los sujetos del sexo masculino en quienes se acentuó tal actitud.

El 18.98% opinó que en efecto, hay que evitar la exploración física de los pacientes pobres porque es muy difícil. Esta actitud , prejuiciosa, se encontró más acentuada en los sujetos del sexo femenino, cabría la pregunta ¿por qué la consideran difícil ?.

No se modificó significativamente según si tenían o no, otro trabajo. (Cuadros 13a y 13b).

100.- El 78.48% consideró que no da mayor prestigio trabajar en una Institución como el IMSS en lugar de Salubridad, encontrándose distribuida por igual en ambos sexos dicha opinión.

El 17.72% expresó la opinión contraria.

No se modificó significativamente según si tenían o no ,otro trabajo. (Cuadros 13a y 13 b).

Interpretación área de prejuicio:

En el cuadro 14 A se observa la distribución de calificaciones obtenidas por los sujetos del sexo masculino en el área de prejuicio.

Cada calificación recibió un valor; se multiplicó el número de respuestas por su correspondiente valor y se dividió entre 1092 (que es la suma de los valores otorgados a cada calificación). De ésta manera se obtuvo una calificación media para cada área.

En el cuadro 15 B se encuentra la distribución de calificaciones obtenidas por el sexo femenino en el área de prejuicio.

El cuadro 16 está señalando la media aritmética obtenida por los 79 sujetos en el área de prejuicio. La calificación media - fué de 2.79, siendo la desviación de 1.42. El mayor número de casos se distribuyó dentro de ésta. Ello nos está indicando que el 60.75 % de la población estudiada no manifestó abiertamente una actitud de tipo prejuiciosa; es decir, que el índice de prejuicio que mostraron sería el esperado en cualquier persona. (El 40.50% pertenecía a los sujetos del sexo masculino y 20.25% a los del sexo femenino).

Dentro del grupo de los sujetos que pertenecían al sexo masculino (51); el 62.74% se encontraron en la media; los sujetos del sexo femenino (28) el 57.14% se distribuyó en la media; por lo anterior podemos decir que, los sujetos del sexo masculino proporcionaron mayor número de respuestas que se acercaba a la calificación media. El 21.41% ofreció respuestas que indicaban bajo grado de prejuicio (es decir por debajo de la desviación) de éstos el 11.39% perteneció a los sujetos del sexo masculino y el 10.12% a los sujetos del sexo femenino.

Dentro del grupo de los sujetos que pertenecían al sexo masculino (51) , el 17.64% se encontraron por debajo de la desviación; los

sujetos del sexo femenino (28) el 28.92% se distribuyó por debajo de la desviación, Por lo anterior se puede decir que los sujetos del sexo femenino ofrecieron respuestas que indicaban menos índice de prejuicio que los sujetos del sexo masculino.

El 17.72% ofreció respuestas que indicaron alto grado de prejuicio (es decir por encima de la desviación ; de los cuales el 12.66% perteneció a los sujetos del sexo masculino y el 5.06% a los sujetos del sexo femenino.

Dentro del grupo de los sujetos que pertenecían al sexo masculino, el 19.60% se distribuyó por encima de la desviación, y el 14.29% de las mujeres se encontró en la misma situación. Por lo anterior se puede deducir que los sujetos del sexo masculino manifestaron mayor índice de prejuicio que los del sexo femenino. (Cuadro 20)

El cuadro 17 señala que , en el área de prejuicio, la edad promedio de los sujetos estudiados, cuyas respuestas cayeron dentro de la media , fué de 40 años. Para los sujetos del sexo masculino la edad promedio fué de 42 años (cuadro 18); mientras que para los sujetos del sexo femenino la edad promedio osciló entre los 35 años. Es decir que para aquellos sujetos que se encuentran dentro de la media en el área de prejuicio la edad esperada es de 40 años. En las mujeres se espera que las de 35 años sean las que den respuestas que se encuentren dentro de la media. (Cuadros 18 y 19)

El cuadro 21 muestra la distribución de las frecuencias según la antigüedad; 30 sujetos pertenecieron al sexo masculino y 17 al sexo femenino. La mas alta frecuencia correspondió a una antigüedad de 10 años o más. El 42.55% tiene trabajando en la Secretaría de Salubridad 10 años o mas; 27.66% correspondieron al sexo masculino y 14.89% al sexo femenino. Los sujetos cuyo grado de prejuicio es el normal medio, tenían laborando 10 años o más.

En el cuadro 22 se observa la distribución según los grupos de antigüedad de aquellos sujetos cuyas respuestas cayeron fuera de la media.

De los 14 sujetos que ofrecieron respuestas que estaban señalando un mayor grado de prejuicio, 4 tenían una antigüedad de 4 a 6 años; 4 de 10 o más años y 3 de uno a tres años; por lo que se puede inferir que la antigüedad, no influye necesariamente, en que un sujeto se encuentre mas o menos prejudicado.

De los 16 sujetos cuyas respuestas estaban señalando menor grado de prejuicio que en los demás; 7 tenían una antigüedad de uno a tres años. Nuevamente parece que la antigüedad no influye significativamente; aunque podría pensarse que aquellos sujetos que tienen laborando poco tiempo dentro de la Institución mostrarían menor grado de prejuicio que en la situación contraria. Posría hacerse una investigación más amplia al respecto.

El cuadro 23 está indicando que de los sujetos cuyas respuestas se encontraron dentro de la media; 33 tienen otro trabajo además del de Salubridad (24 pertenecieron al sexo masculino y 9 al sexo femenino;) 15 sujetos no tienen otro trabajo (7 pertenecieron al sexo masculino y 8 al sexo femenino). Por lo anterior se puede decir que aquellos sujetos que tienen otro trabajo están menos prejudicados que los que no lo tienen. En el cuadro 24 se encuentra la distribución según otro trabajo de aquellos sujetos cuyas respuestas cayeron fuera de la media.

De los sujetos que mostraron mayor grado de prejuicio 10 tiene otro trabajo (7 hombres y tres mujeres); y 4 no lo tienen(los cuales pertenecieron al sexo masculino). Aquí se observa que los sujetos que tienen otro trabajo mostraron mayor grado de prejuicio que los que no lo tienen. Por lo que no se relaciona favorablemente con lo obtenido en el cuadro anterior; es decir, el hecho de que los sujetos entrevistados tengan, o no, otro trabajo, no va a influir significativamente en el grado de prejuicio que presenten. De los sujetos que se encuentran por debajo de la media, 13 expresaron que si tenían otro trabajo (8 hombres y 5 mujeres). Los que no tenían otro trabajo fueron 4 (un sujeto del sexo masculino y 3 del sexo femenino). Por lo que se observa que no resulta determinante tampoco en éste caso.

Interpretación área de frustración:

En el cuadro 15 A se encuentra la distribución de calificaciones obtenidas por el sexo masculino en el área de frustración. El cuadro 15 B señala la distribución de calificaciones obtenidas por los sujetos del sexo femenino.

El cuadro 25 indica la media aritmética obtenida por los 79 sujetos en ésta área. La calificación media fué de 5.28, siendo la desviación de 3.03 ; lo que señala que existió alta dispersión entre los puntajes obtenidos a través del cuestionario. El mayor número de casos se distribuyó dentro de ésta; indicando con ello que el 63.29% de la población estudiada no manifestó abiertamente una actitud de frustración. El 34.17% perteneció a los sujetos del sexo masculino y el 29.11% a los del sexo femenino. Dentro de los 51 sujetos que pertenecían al grupo de hombres, el 52.94% se encontraron en la media; de los 28 sujetos que formaron el grupo de mujeres, 82.14% se distribuyó en la media; por lo anterior se puede decir que, los sujetos del sexo femenino proporcionaron mayor número de respuestas que se acercaban a la calificación media. Mientras que , en el área de prejuicio fueron los sujetos del sexo masculino quienes se acercaron más a la media; por lo que se puede decir que los hombres mostraron menor grado de prejuicio y las mujeres menor grado de frustración. El 15.18% ofreció respuestas que indicaban bajo grado de frustración, (es decir, por debajo de la desviación); de éstos el 12.65% perteneció a los sujetos del sexo masculino y el 2.53% a los del sexo femenino. Dentro del grupo de los que pertenecían al sexo masculino (51), el 19.61% se encontraron por debajo de la desviación; en los sujetos del sexo femenino (28) el 7.14% se encontró en ésta situación. Aquí se señala que los sujetos del sexo masculino ofrecieron mayor número de respuestas que indicaban bajo grado de frustración; sin embargo la mayoría se encontró en la situación contraria (de los sujetos del sexo masculino). El 21.51% ofreció respuestas que indicaban alto grado de frustración (es decir, por encima de la desviación), el 17.72% perteneció a los sujetos -

del sexo masculino y el 3.79% a los del sexo femenino. Dentro del grupo de los sujetos del sexo masculino 27.45% cayó en ésta situación y en el grupo de los sujetos del sexo femenino 10.71% ofreció éstas respuestas. Por lo anterior se puede deducir que, en efecto, son los sujetos del sexo masculino en quienes se observa mayor índice de frustración.

En el área de frustración la edad promedio de los sujetos estudiados, cuyas respuestas cayeron dentro de la media, fué de 38 años. Para los sujetos del sexo masculino la edad promedio fué de 40 años, (hubo un sujeto de más de 70 años). (Cuadro 26); mientras que para los sujetos del sexo femenino la edad promedio fué de 35 años. Estos resultados no varían significativamente con los encontrados en el área de prejuicio. (Cuadro 27) y (Cuadro 28).

En el cuadro 29 se encuentra la distribución de las frecuencias según la antigüedad; de los sujetos cuyas respuestas se encontraron dentro de la media, en éste caso 26 pertenecieron al sexo masculino y 23 al femenino, lo que hizo un total de 49 sujetos; en ambos grupos la mayor frecuencia correspondió a una antigüedad de 10 años o más. Los sujetos cuyo índice de frustración es el normal promedio tenían laborando en la Institución 10 años o más.

En el cuadro 30 se observa la distribución según los grupos de antigüedad de aquellos sujetos cuyas respuestas cayeron fuera de la media. De los 17 sujetos que ofrecieron respuestas que estaban señalando un mayor índice de frustración, 7 tenían una antigüedad de 10 años o más y 4 de uno a tres años; por lo que se puede deducir que la antigüedad no influyó, necesariamente en el aumento del índice de frustración.

De los 12 sujetos cuyas respuestas están señalando menor grado de frustración, 5 tenían una antigüedad de 10 años o más y 4 de uno a tres años. Nuevamente se encontró que, al parecer, el tiempo que los sujetos tenían laborando dentro de la Institución no determina su grado de frustración, sin embargo, como en el caso de prejuicio, podría suponerse que

aquellos que tenían menos tiempo trabajando mostraran menor índice de frustración. Podría realizarse una investigación que ampliara datos al respecto.

El cuadro 31 está indicando la distribución de frecuencias de los sujetos cuyas respuestas se encontraron dentro de la media según si tenían o no, otro trabajo. De éstos sujetos, 30 si tenían otro trabajo además del de Salubridad; 18 pertenecían al sexo masculino y 12 al sexo femenino; 20 respondieron que no tenían otro trabajo, de los cuales 9 pertenecían al sexo masculino y 11 al sexo femenino. Por lo anterior se puede deducir que aquellos sujetos que si tienen otro trabajo se mostrarán menos frustrados que aquellos que no lo tienen. El cuadro 32 señala la distribución, según otro trabajo, de aquellos sujetos cuyas respuestas cayeron fuera de la media.

De los que mostraron mayor índice de frustración, 15 sujetos si tenían otro trabajo; perteneciendo 12 al sexo masculino y tres al femenino; 3 sujetos no lo tenían, perteneciendo al sexo masculino. Por lo anterior se puede señalar, que en apariencia, aquellos sujetos que tenían otro trabajo mostraron mayor índice de frustración en relación con los sujetos que no lo tenían. Esto, al igual que en el área de prejuicio, no se relaciona con lo obtenido en el cuadro anterior, ayudaría a inferir que, cuando se trate de un médico que se muestre más frustrado que la mayoría, lo probable será que tenga otro trabajo, además del de Salubridad. De los sujetos que se encontraron por debajo de la media 11 tenían otro trabajo (9 pertenecieron al sexo masculino y 2 al sexo femenino) y uno no lo tenían (perteneció al sexo masculino). En resumen se observa que el hecho de que el médico tenga o no, otro trabajo además del de Salubridad no va a influir significativamente en el índice de frustración.

INTERPRETACION:

PREJUICIO-FRUSTRACION.

No se observó relación importante entre el área de prejuicio y la de frustración. Es decir, que no se puede predecir si un médico que está prejudicado necesariamente va a estar frustrado o viceversa. Lo que si parece comprobarse es el hecho de que cualquiera de dichas situaciones se va a traducir en la actitud del médico hacia sus pacientes. Se encontró que en ambas áreas la edad de los sujetos que ofrecieron la situación media de prejuicio-frustración, osciló entre los 35 y los 40 años de edad.

En el área de prejuicio 14 sujetos (17.72%), manifestaron mayor grado que el promedio, siendo la edad, en donde se observó la mayor frecuencia, entre 20 y 29 años. Ello podría señalar que los sujetos jóvenes tienden más a mostrar prejuicio que los no jóvenes.

La antigüedad al parecer no influye para acentuar el prejuicio. Lo mismo expresaron actitudes altamente prejudicadas los que tenían de 1 a 3 años que los que tenían trabajando 10 años o más. Cabe señalar que los sujetos que llevaban laborando menos de 12 meses no manifiestaron éstas actitudes.

Los sujetos del sexo masculino se encontraron más prejudicados que los del sexo femenino. Aquellos que tienen otro trabajo proporcionaron respuestas de alto grado de prejuicio con mayor frecuencia que los que nada más trabajaban en la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

En el área de frustración, 17 sujetos dieron respuestas que indicaban mayor grado de frustración que el promedio (21.51%), la edad en donde se observó la mayor frecuencia fué entre 20-29 años (igual que en el área de frustración). Aquí también podría señalarse que los adultos jóvenes tienden más a mostrar frustración que los mayores de 30 años.

En lo que se refiere a la antigüedad aquellos sujetos que --
llevan trabajando más de 10 años, mostraron mayor frustración que los
que tienen trabajando en el Centro de Salud menos tiempo.

También se encontró que los sujetos del sexo masculino mos-
traron mayor frustración que los del sexo femenino; así como los que -
tienen otro trabajo se encontraron con más frecuencia en ésta situa-
ción que los que no lo tienen.

En resumen, el estudio efectuado aportó los siguientes da-
tos:

- a.- En términos generales los sujetos seleccionados no mostraron una -
actitud altamente prejuiciada ni frustrada.
- b.- Se encontró ligeramente más elevada la frustración que el prejuicio
- c.- Aquellos que si la manifestaron pertenecían con mayor frecuencia--
al sexo masculino.
- d.- La edad de estos sujetos osciló entre 20-29.
- e.- Su antigüedad varió desde más de un año hasta de 10 años en adelan-
te, los que tienen poco tiempo en el Centro de Salud se mostraron-
en menor grado frustrados y prejuiciados.
- f.- Los que si tienen otro trabajo además del de la Secretaría de Salu-
bridad y Asistencia manifestaron esta actitud con mayor frecuencia
que los que no lo tienen.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- S.S.A. Dirección de Salubridad en el Distrito Federal. Manual de Trabajo y Reglamentación Sanitaria 1959.
- 2.- The Rand Corporation. A Million Random Digits with 100,000 Normal Deviates. Free Press.
- 3.- Reglamento de Condiciones Generales De Trabajo en la Secretaría De Salubridad y Asistencia.
- 4.- Edwards Allen L. : Statistical Methods. 2a Ed. Holt, Rinehart and Winston, Inc. New York 1967.
- 5.- Croxton F.E., O.J. Cowden. : Estadística General Aplicada. Fondo de Cultura Económica. México, 1957.

CONCLUSIONES.

Largo ha sido el recorrido efectuado por el hombre que sufre, desde Egipto, Mesopotamia, India, China y Grecia, pasando por el Anáhuac y la Nueva España, hasta el México de nuestros días; de la masa amorfa de la comunidad a la que pertenecía, se desarrolló la individualidad humana hasta llegar a considerar al hombre, al enfermo, como persona. Ya antes se le había considerado como pecador, voluntario o involuntario, como poseído o meramente como un "homme physique". Las figuras de Freud, Dumbbar, Alexander, Menninger, Jores por no citar sino a las más importantes, marcó los hitos en el desarrollo del pensamiento médico contemporáneo. La relación médica entre el terapeuta y el enfermo adquiere, quizá hoy más que nunca, una importancia decisiva ante los embates de la tecnología, la socialización y la deshumanización de la Medicina.

Pero en nuestro país la solución integral de los problemas de salud se ve obstaculizada por numerosos escollos, que van desde la carencia de un organismo estatal único, la falta de prestaciones médicas técnicamente planificadas, la mala distribución, preparación pobre, escasa retribución y carencia de alicientes académicos adecuados de la población médica, hasta el cambio, el desvanecimiento de la relación entre individuos y la herida mutua que se profieren el hombre y su médico, el modo de ejercer actual, en el ámbito de la medicina institucional.

Por todo lo anterior, en este estudio se ha tratado de esclarecer cuál es la actitud del médico institucional, o al menos, la del médico que labora en un organismo estatal, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de su dependencia, Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, planteándose como hipótesis que el prejuicio y la frustración influyen en la actitud del médico.

Se comprobó la hipótesis alterna A, es decir "el médico se encuentra frustrado, pero no necesariamente perjudicado, lo que influye en la actitud hacia el trato con sus pacientes."

En los médicos de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal incluidos en este estudio se encontró como características generales que mostraron desagrado ante los controles administrativos de asistencia y puntualidad, considerándolos como impropio a su condición de médico; mientras que en el Reglamento del Trabajo este hecho es enfatizado; estando íntimamente relacionado con una problemática más amplia, ya que también están a disgusto con las normas establecidas; ello pudiera ser una actitud opositora hacia la autoridad; pero también es una fuente de frustración.

En el consenso general priva la idea que, debido a la baja remuneración económica solo encuentran cabida en la Institución personas con preparación inadecuada o insuficiente; es interesante señalar que esto se acentúa en aquellos que no laboran en otra Institución. Esta actitud es prejuiciosa y frustrante pues implica sentimientos de minusvalía y devaluación personales, ya que es un hecho real, que grandes figuras de la Medicina en México, prestan sus servicios en esta Institución.

Sin embargo algunos médicos piensan que el prestigio personal lo da la Institución en donde laboran y no el esfuerzo y la dedicación por obtener la superación.

Refirieron que prefieren la práctica institucional a la privada, pero si tuvieran suficientes pacientes para dedicarse a la consulta privada, lo harían; son éstos los que manifestaron que laboran en la Secretaría mientras consiguen ingresar a otra Institución que, a su juicio, les brindara mayor prestigio, lo que llama la atención es que éstos médicos tienen laborando en la Secretaría de Salubridad y Asistencia diez años o más.

Por lo anterior se puede decir que en realidad la inconfor-
midad que mostraron éstos sujetos, es hacia ellos mismos y se tradu-
ce en dichas actitudes.

Se encontró con frecuencia manifestaciones de actitud pre-
juiciosa hacia los pacientes, los médicos estudiados indicaron que -
éstos eran impuntuales, inconsistentes en su tratamiento y desaliña-
dos; los menos, señalaron que su condición de indigentes los hacía -
inferiores.

En general se percibe hostilidad del médico hacia sus pacien-
tes, una hostilidad reprimida, encubierta, que todavía pueden manejar-
porque asumen una actitud ambivalente de crítica y disculpa como el
mencionar que son mejores pacientes los que pertenecen a un nivel so-
cioeconómico más alto, también intentaron disculparse expresando que -
el exceso de consulta les imposibilita a otorgar una atención esmerada
aceptando que debido al tipo de pacientes, no conviene prolongar la --
consulta porque éstos no comprenden el interrogatorio.

Refirieron que el desempeño de sus labores en el Centro de -
Salud les brindaba pocas oportunidades de conocer personas valiosas; -
además de éstos médicos, señalaron que se sentían fracasados en su tra-
bajo debido a que lo consideraban más como una necesidad que como una-
realización. Está claro que si acuden al trabajo como una obligación,-
su productividad se vea interferida por estos sentimientos y pierden,
por tanto, objetividad para enfrentarse a los pequeños problemas de la
vida diaria. Son éstas las personas que están esperando, pasivamente,
que los demás reconozcan sus esfuerzos, que los superiores los estimu-
len, que todo se solucione sin que ellos tengan que preocuparse; están
exigiendo, y algunos de ellos ni siquiera conocen cuál es su nombra-
miento, y por lo tanto, que es lo que en forma real pueden esperar.

Al ser analizados según el sexo se encontró que los sujetos-
del sexo masculino se sintieron más presionados a dar una apariencia
de prosperidad, a pesar de que manifestaron no tener ingresos suficien-
tes.

También se mostraron obstaculizados en lo que se refiere a sus ambiciones políticas; sintiendo que había intriga en contra de ellos.

Fueron, en apariencia, más vulnerables a los problemas de tipo emocional es decir, expresaron que cuando los experimentan, la consulta les irrita. Se observó en éstos sujetos mayor dificultad en el establecimiento de sus relaciones interpersonales con sus pacientes debido a que son menos tolerantes; pero también son menos prejuiciosos.

En general los médicos del sexo masculino se preocupan por su prestigio personal; se revelan ante las imposiciones de la autoridad. Les interesa la remuneración económica como un medio de alcanzar prestigio social y poder.

En relación con los sujetos del sexo femenino se encontró -- que éstas mostraron en mayor grado su disgusto hacia el lugar en donde trabajan, quejándose de que no cuentan con el suficiente material y equipo, expresando su deseo de cambiar de trabajo; porque sienten que el actual no tiene futuro; sin embargo realizan esfuerzos extraordinarios cuando se trata de personas recomendadas, ya que sienten que deben de someterse a la autoridad, a pesar de que mostraron mayor grado de prejuicio hacia los pacientes expresando que éstos trataban de explotar a la Institución y que son pacientes desaliñados y difícilmente los convertirían en sus amigos; pero están esperando la gratitud de dichos pacientes.

En lo que se refiere a sus relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo éstas son establecidas a un nivel superficial quejándose de que no disponen del tiempo suficiente para llevarlas a cabo.

En general se puede decir que los médicos mujeres son más susceptibles a las comodidades, evitan fricciones con la autoridad; muestran prejuicio hacia sus pacientes y les es más importante el reconocimiento que el prestigio.

En el análisis de los resultados de aquellos médicos que tienen otro trabajo además del de la Secretaría de Salubridad y Asistencia sobresalieron los siguientes datos:

Estos médicos expresaron que debido a la limitación del tiempo que imponen en el Centro de Salud no pueden realizar un diagnóstico acertado (la realidad es que la presión del tiempo viene de ellos mismos); también señalaron que un motivo de malestar en el desempeño de sus labores es que no cuentan con el suficiente equipo y material (es posible que en su otro trabajo si lo tengan y por lo tanto lo resientan más), otro motivo de desagrado es la presión que sienten debido a la tarjeta checadora además de que no les brinda seguridad económica. (Es posible que sus necesidades personales sean mayores que los que no han buscado o conseguido otro trabajo; o bien expresan que debido a la socialización de la medicina sus posibilidades de lucro disminuyeron y ello los condujo a tratar de adquirirlos por otros médicos). Así mismo señalaron que si el médico obtuviera mejores sueldos estaría más motivado. En éstos sujetos la preocupación por la situación económica es relevante.

También expresaron dificultad en el establecimiento de sus relaciones interpersonales con sus compañeros, no así con las autoridades; se mostraron suspicaces sintiendo que había "chismes" y "política" en contra de ellos.

Son menos tolerantes con sus pacientes debido a que se encuentran más angustiados, esto es comprensible si se consideran todas las presiones a que están sometidos dichos médicos.

Lo que más sobresalió en los sujetos que no tenían otro trabajo fué lo siguiente:

Expresaron con mayor frecuencia su deseo de cambiar de trabajo debido a que sienten que deben dar apariencia próspera y sus ingresos no se lo permiten, piensan que otras instituciones ofrecen mayores prestaciones al médico que la Secretaría de Salubridad y Asistencia ,-

y el Centro de Salud no les da el prestigio que ellos desean, además - de que su descontento se acentúa debido a que no reciben aumentos manifestando que deben someterse a las exigencias de la superioridad.

Mostraron prejuicio hacia sus pacientes en cuanto su aliño - personal; se sienten decepcionados de tratar enfermos de condición social humilde y desarrollan hacia ellos una actitud autoritaria; sin em bargo les preocupa que sus pacientes reconozcan su labor y desarrollan al mismo tiempo una actitud manipuladora ya que son los que expresaron que reciben regalos de sus pacientes.

En sus relaciones interpersonales también se observó dificultad, ya que no las establecen en forma adecuada.

En general éstos médicos mostraron mayor frustración, debido a que no se sienten satisfechos con ellos mismos.

Resumiendo; los médicos entrevistados en su mayoría no se en cuentran prejudiciados pero si se observó mayor índice de frustración - lo que, sin dudarlo, está influyendo en su actitud hacia los pacientes.

Con un deseo , no exento de temor, es posible apuntar algunas soluciones, quizá teóricas, quizá prácticas como:

a.- Modificar los sistemas de control y asistencia responsabilizando más al médico, evitando que se sienta presionado; con ello - se podría conseguir que éste cumpliera sus obligaciones con mayor grado de libertad.

b.- Fomentar las relaciones humanas, éstas se encuentran interferidas por el desinterés, cada vez más acentuado, de mecanizar el trabajo, olvidando con ello, que no se trata de entrenar máquinas , sino de desarrollar capacidades, haciendo sentir al individuo como parte sensitiva de un complejo mecanismo institucional y no como parte mecánica.

c.- Hacer efectivas las recompensas que estipula el Reglamento de Trabajo, ya que el médico conoce las sanciones sin recibir los - estímulos. Algo se ha hecho al respecto, ya que como se señaló ante --

riormente, la remuneración económica se ha elevado, quizá no lo suficiente pero le permite al médico esperar que se consideren sus necesidades vitales.

Tal vez, el médico actual, ha olvidado un poco la misión de apostolado que señaló Esculapio hace ya, mucho tiempo. Pero ¿ como no olvidarlo en medio de una sociedad cuyos valores primordiales, no son los humanos? Como todos, es un ser humano, como todos, necesita de reconocimiento y estímulo, no sentirse una clave dentro de un sistema, sino una persona.

Ahora ya se sabe algo más de la problemática del médico de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, pero es indudable que se requieren estudios amplios con enfoques múltiples para saber más de éstos conflictos.

Si con mi contribución he logrado aportar algo para su conocimiento mi ambición se verá colmada; sino me queda al menos, la satisfacción de haberlo intentado y la esperanza de que otros lleguen aún más lejos.

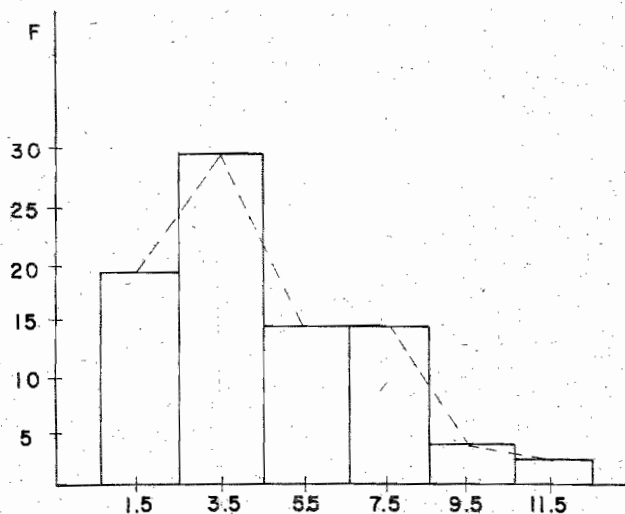
GRAFICA I

I	F	X	F X	(X - \bar{X})	(X - \bar{X}) ²
1 - 2	19	1 - 5	28.5	2.91	8.5381
3 - 4	28	3.5	98.0	.91	.8281
5 - 6	14	5.5	77.0	-1.09	1.1881
7 - 8	14	7.5	105.0	3.09	9.5481
9 - 10	3	9.5	28.5	5.09	25.9081
11 - 12	<u>1</u>	11.5	<u>11.5</u>	7.09	50.2681
	79		348.5		

$$\bar{X} = \frac{\sum F X}{N} = \frac{348.5}{79} = 4.41$$

F (X - \bar{X}) ²
162.07
22.96
16.52
133.56
77.70
<u>50.26</u>
463.07

$$S = \sqrt{\frac{\sum F (X - \bar{X})^2}{N}} = \sqrt{\frac{463.07}{79}} = \sqrt{5.86} = 2.4$$



Concentración de datos personales

Cuestionario	Sexo	Edad	Antigüedad	Otro Trabajo
1	M	29	4 - 6 Años	Si
2	M	54	10 - Mas Años	Si
3	M	29	4 - 6 Meses	No
4	F	44	4 - 6 Años	No
5	F	26	1 - 3 Años	Si
6	M	—	—	Si
7	F	—	10 - Más Años	No
8	F	54	1 - 3 Años	Si
9	M	26	1 - 3 Meses	Si
10	M	44	4 - 6 Años	Si
11	M	43	7 - 9 Años	Si
12	F	41	1 - 3 Años	Si
13	M	28	4 - 6 Años	Si
14	M	80	10 - Más Años	No
15	M	30	4 - 6 Meses	Si
16	M	45	10 - Más Años	Si
17	M	29	1 - 3 Años	Si
18	M	42	7 - 9 Años	No
19	M	40	10 - Más Años	Si
20	M	54	10 - Más Años	Si
21	F	39	1 - 3 Años	Si
22	M	48	10 - Más Años	Si
23	F	27	4 - 6 Años	Si
24	F	37	7 - 9 Años	No
25	F	32	7 - 9 Años	Si
26	M	64	10 - Mas Años	Si
27	M	43	10 - Más Años	Si
28	M	27	1 - 3 Años	Si
29	F	37	10 - Mas Años	No
30	F	35	7 - 9 Años	Si
31	M	52	10 - Mas Años	Si
32	M	46	10 - Mas Años	Si
33	M	55	4 - 6 Años	Si
35	M	30	4 - 6 Años	No
36	M	25	1 - 3 Años	Si
37	M	52	10 - Mas Años	Si
38	M	29	1 - 3 Años	Si
39	F	26	4 - 6 Meses	No
40	M	—	—	Si

CUESTIONARIO	SEXO	EDAD	ANTIGUEDAD	OTRO-TRABAJO
41	M	50	7 - 9 Años	No
42	M	63	1 - 3 "	Si
43	F	36	1 - 3 "	Si
44	F	29	4 - 6 Meses	No
45	M	25	1 - 3 Años	No
46	F	31	7 - 9 "	No
47	F	30	4 - 6 "	Si
48	M	25	1 - 3 "	No
49	F	28	7 - 9 Meses	No
50	F	29	1 - 3 Años	Si
51	M	60	10 - más "	Si
52	M	20	7 - 9 Meses	Si
53	M	27	7 - 9 "	Si
54	M	58	10 - más Años	Si
55	M	49	10 - más "	No
56	M	40	7 - 9 "	No
57	F	43	10 - más "	No
58	M	35	1 - 3 "	No
59	F	38	10 - más "	Si
60	M	52	10 - más "	Si
61	M	70	10 - más "	No
62	F	24	7 - 9 Meses	No
63	M	46	10 - más Años	Si
64	M	44	10 - más "	Si
65	M	42	10 - más "	Si
66	M	33	4 - 6 "	Si
67	F	28	1 - 3 "	No
68	M	34	10 - 12 Meses	Si
69	M	26	10 - 12 "	Si
70	F	30	4 - 6 Años	Si
71	F	45	10 - más "	Si
72	M	35	1 - 3 "	Si
73	F	35	10 - más "	Si
74	M	60	10 - más "	Si
75	M	49	7 - 9 "	No
76	M	36	7 - 9 "	Si
77	F	34	7 - 9 "	Si
78	M	33	1 - 3 "	Si
79	F	46	10 - más "	Si
80	F	25	7 - 9 Meses	Si

AREA:FRUSTRACION
MASCULINO

(2)

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
53	13	16	4	4	2	3	3.2582	3
54	7	3	18	9	-	11	8.5	9
55	12	5	9	11	3	11	9.1309	9
56	13	3	17	12	-	3	3.3736	3
58	21	10	8	3	6	4	4.5659	5
60	10	11	12	3	-	16	11.3195	11
61	10	4	7	11	2	10	8.1153	8
63	9	3	24	12	-	-	1.5329	2
64	12	15	9	9	2	3	3.4945	
65	20	12	14	3	1	2	1.5879	2
66	10	1	22	9	-	-	1.2472	1
68	12	5	12	7	-	15	10.9038	11
69	8	3	13	18	6	3	5.0412	5
72	10	10	15	10	2	2	3.0027	3
74	14	11	10	1	3	8	6.4587	6
75	11	8	20	10	1	2	2.8901	3
76	8	15	10	9	7	2	3.9532	4
78	10	7	15	13	4	1	2.9862	3

AREA: PREJUICIO

(2)

MASCULINO

CONT.

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
48	12	9	15	8	—	7	4.67	5
51	9	4	12	13	—	2	2.65	3
52	14	3	11	6	—	5	4.11	4
53	23	6	6	4	—	3	2.56	3
54	11	2	15	7	—	6	4.94	5
55	18	6	9	4	1	4	3.51	4
56	16	3	12	7	—	2	2.21	2
58	22	7	5	3	2	3	2.91	3
60	17	6	9	3	—	3	2.54	3
61	10	5	11	6	1	7	5.68	6
63	8	4	19	11	—	—	1.34	1
64	22	8	5	4	2	—	0.99	1
65	17	5	10	6	—	4	3.45	3
66	5	—	17	3	1	—	0.87	1
68	16	7	10	1	1	7	5.31	5
69	7	4	8	14	4	3	4.18	4
72	14	5	8	9	—	3	2.94	3
74	12	7	10	6	1	4	3.67	4
75	11	8	20	3	—	—	0.81	1
76	13	9	13	3	2	2	2.43	2
78	10	6	17	7	1	—	1.23	1

CUADRO NUMERO 2A

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN EDAD EN EL SEXO MASCULINO				
I	F	X	FX	
20 - 29	13	24.5	318.5	
30 - 39	8	34.5	270.0	
40 - 49	14	44.5	623.0	
50 - 59	8	54.5	436.0	
60 - 69	4	64.5	258.0	
70 - 79	<u>2</u>	74.5	<u>149.0</u>	
	49		2 054.5	

$\bar{X} = \frac{\sum X F}{N} = \frac{2 054.5}{49} = 41.92 = 42 \text{ Años}$

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN EDAD EN EL SEXO FEMENINO				
I	F	X	FX	
20 - 29	10	24.5	245.0	
30 - 39	11	34.5	379.5	
40 - 49	5	44.5	222.5	
50 - 59	<u>1</u>	54.5	<u>54.5</u>	
	27		901.5	

$\bar{X} = \frac{\sum X F}{N} = \frac{901.5}{27} = 33.38 = 33 \text{ Años}$

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN
ANTIGUEDAD EN EL SEXO MASCULINO

I				F
1	a	3	Meses	1
4	"	6	"	2
7	"	9	"	2
10	"	12	"	2
1	"	3	Años	10
4	"	6	"	6
7	"	9	"	6
10	ó	Mas	"	20
				<u>49</u>

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN
ANTIGUEDAD EN EL SEXO FEMENINO

I				F
1	a	3	Meses	1
4	"	6	"	2
7	"	9	"	3
10	"	12	"	-
1	"	3	Años	7
4	"	6	"	4
7	"	9	"	5
10	ó	Mas	"	7
				<u>28</u>

54	16	20	34	14	5	6		7
55	29	17	30	14	3	6		7
56	31	23	27	12	0	1		3
57	31	36	15	9	2	0		2
58	41	22	20	11	6	0		3
59	23	23	22	13	3	4		5
60	27	18	25	9	6	0		3
61	21	17	26	11	6	9		9
62	23	26	18	11	8	3		5
63	21	25	39	10	1	0		2
64	33	36	17	7	1	0		2
65	40	22	24	6	4	2		4
66	16	14	36	2	1	0		2
67	32	28	27	12	0	1		3
68	28	19	23	17	5	7		8
69	16	30	20	24	6	3		6
70	23	20	21	12	2	4		5
71	36	19	24	12	4	3		5
72	25	28	19	17	2	3		5
73	38	26	22	11	3	0		2
74	25	26	24	7	3	7		7
75	25	36	32	6	1	0		2
76	24	36	22	12	5	0		3
77	29	31	21	8	2	7		7
78	21	37	27	10	2	0		2
79	30	25	29	9	0	1		2
80	38	20	9	9	4	3		4

PROMEDIO GENERAL X

4.41

DISTRIBUCIONES DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS
 EN LOS 79 CASOS — AREA FRUSTRACION
 SEXO — MASCULINO

CASO NUMERO:	VALOR DE LA CALIFICACION						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0 3	1 9	2 27	3 81	4 243	5 729		
1	15	12	7	3	1	13	9.4368	9
2	12	3	13	11	1	4	4.0879	4
3	17	16	9	2	2	6	5.0000	5
6	6	3	15	6	-	-	0.8571	1
9	14	11	7	7	2	11	8.6098	9
10	18	13	9	3	1	8	6.1648	6
11	16	14	5	4	1	12	8.8131	9
13	10	1	19	16	-	6	5.6978	6
14	12	3	24	11	-	-	1.4670	1
15	16	11	11	8	2	4	4.1153	4
16	17	12	12	7	4	-	1.8516	2
17	10	9	16	8	1	8	6.6538	7
18	14	8	14	12	2	2	3.1208	3
19	16	5	10	13	2	5	8.4175	8
20	17	7	13	9	1	4	3.9945	4
22	14	13	7	5	1	12	8.9230	9
26	8	7	12	9	2	14	10.8434	11
27	12	11	2	7	10	2	2.0274	2
28	16	11	14	9	1	1	2.0384	2
31	16	15	9	7	3	2	2.9120	3
32	10	9	13	8	1	6	5.2445	5
33	13	7	7	8	6	11	9.5467	10
35	17	8	6	11	2	8	6.8626	7
36	16	8	14	14	-	-	1.4945	1
37	12	6	8	8	3	12	9.5668	10
38	9	6	7	8	3	19	14.1923	14
40	17	5	10	7	2	6	5.3049	5
41	12	8	7	5	4	6	5.5384	6
42	10	5	9	7	6	14	11.4917	11
45	15	7	13	13	2	2	3.1788	3
48	12	9	15	8	-	7	5.7445	6
51	16	7	9	14	2	3	3.8186	4
52	13	7	13	12	-	-	1.3131	1

DISTRIBUCIONES DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS
EN LOS 79 CASOS - AREA FRUSTRACION
SEXO - FEMENINO.

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION.						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
4	12	5	12	13	-	8	6.6758	7
5	12	3	8	12	4	13	10.7142	11
7	21	10	9	7	-	4	3.5521	4
8	12	3	14	11	2	4	4.3351	4
12	12	2	17	12	2	4	4.4752	4
21	14	3	15	12	-	4	3.9945	4
23	17	1	20	13	-	1	2.1813	2
24	15	4	12	12	2	4	4.3763	4
25	12	10	10	10	5	1	2.8846	3
29	13	11	9	13	4	1	2.8708	3
30	20	12	5	8	3	4	4.2087	4
39	16	3	10	15	6	2	4.0439	4
43	13	5	13	13	-	-	1.3626	1
44	5	6	13	9	5	4	4.8351	5
46	15	8	9	9	6	1	3.0082	3
47	15	11	12	9	1	3	3.3214	3
49	14	9	12	8	-	3	3.0009	3
50	19	8	6	4	1	14	10.1318	10
57	9	16	7	9	4	4	4.5576	6
59	12	8	8	8	2	8	6.6758	7
62	12	8	7	5	2	10	7.7637	8
67	15	8	15	11	-	2	2.6291	3
70	7	2	14	9	2	10	8.1758	8
71	13	15	7	6	2	7	5.8956	6
73	16	7	15	9	1	4	4.0412	4
77	15	18	12	-	2	5	4.2692	4
79	13	3	16	15	-	1	2.2362	2
80	20	6	7	2	4	11	8.6593	9

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{N} = \frac{405.9574}{79} = 5.1387 = 5.13 \pm 2.9976$$

$$S = \sqrt{\frac{\sum f(x - \bar{X})^2}{N}} = \sqrt{\frac{701.8996}{79}} = \sqrt{8.9860} = 2.9976$$

DISTRIBUCION DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS

EN LOS 79 CASOS - AREA PREJUICIO

SEXO - MASCULINO

CUADRO 14 A

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
VALOR	3	9	27	81	243	729		
1	15	8	8	5	—	6	4.68	5
2	16	7	9	7	—	2	2.17	2
3	21	7	—	9	—	5	4.12	4
6	12	7	10	3	—	—	0.56	1
9	13	6	10	2	2	2	2.26	2
10	23	8	4	1	—	6	4.30	4
11	20	6	5	7	—	2	2.08	2
13	8	5	13	14	—	2	2.75	3
14	9	—	23	9	—	1	1.92	2
15	22	7	3	3	3	4	3.75	4
16	15	9	8	8	2	—	1.35	1
17	19	5	6	8	1	2	2.39	2
18	14	10	9	5	1	1	1.60	2
19	17	7	9	7	—	2	2.18	2
20	13	4	13	8	—	2	2.31	2
22	21	8	4	3	—	6	4.45	4
26	20	6	8	—	—	8	5.64	6
27	7	16	3	1	7	2	3.19	3
28	22	10	3	6	—	1	1.32	1
31	17	3	13	3	2	3	3.06	3
32	14	6	13	6	—	2	2.18	2
33	13	8	8	5	4	4	4.23	4
35	16	4	9	5	—	8	6.01	6
36	17	4	9	11	—	—	1.11	1
37	10	7	12	6	2	4	3.94	4
38	6	5	7	13	4	7	6.75	7
40	16	5	8	7	1	4	3.69	7
41	14	4	8	2	2	3	2.93	3
42	12	6	8	12	2	2	2.95	3
45	12	9	9	11	—	1	1.81	2

DISTRIBUCION DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS
EN LOS 79 CASOS— AREA PREJUICIO

SEXO- FEMENINO

CUADRO. 14B

CASO NUMERO	VALOR DE LA CALIFICACION							CALIFICACION MEDIDA	PONDERADA
	0	1	2	3	4	5			
VALOR	3	9	27	81	243	729			
4	17	1	11	8	-	4	3.59	4	
5	14	9	9	3	2	4	3.67	4	
7	20	6	12	2	-	2	1.88	2	
8	15	5	13	5	-	2	2.10	2	
12	11	4	15	11	-	-	1.25	1	
21	14	2	16	9	-	-	1.11	1	
23	10	4	21	5	-	1	1.61	2	
24	13	15	7	4	-	3	2.63	3	
25	14	5	17	4	-	-	0.79	1	
29	13	6	15	6	-	1	1.56	2	
30	23	7	9	2	-	1	0.49	1	
39	10	5	18	9	-	-	1.18	1	
43	8	5	10	7	2	-	1.27	1	
44	6	10	9	3	5	1	2.32	2	
46	16	10	6	3	3	2	2.50	3	
47	20	6	9	5	-	2	2.03	2	
49	14	8	7	2	-	1	1.09	1	
50	16	7	8	2	2	6	4.89	5	
57	20	9	3	3	4	1	1.98	2	
59	13	5	9	4	1	4	3.48	3	
62	13	7	8	3	4	4	4.07	4	
67	18	2	14	8	-	-	1.00	1	
70	12	5	9	6	-	2	2.07	2	
71	19	7	7	2	2	4	3.54	4	
73	20	4	10	5	2	1	1.81	2	
77	13	7	9	2	2	7	5.58	6	
79	19	2	13	5	-	1	1.42	1	
80	17	6	3	1	-	7	4.91	5	

DISTRIBUCION DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS

EN LOS 79 CASOS - AREA FRUSTRACION

SEXO - MASCULINO

CUADRO 15 A

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION						CALIFICACION MEDIR PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
VALOR	3	9	27	81	243	729		
1	15	12	7	3	1	13	9.43	9
2	12	3	13	11	1	4	4.08	4
3	17	16	9	2	2	6	5.00	5
6	6	3	15	6	-	-	0.85	1
9	14	11	7	7	2	11	8.60	9
10	18	13	9	3	1	8	6.16	6
11	16	14	5	4	1	12	8.81	9
13	10	1	19	16	-	6	5.69	6
14	12	3	24	11	-	-	1.46	1
15	16	11	11	8	2	4	4.11	4
16	17	12	12	7	4	-	1.85	2
17	10	9	16	8	1	8	6.65	7
18	14	8	14	12	2	2	3.12	3
19	16	5	10	13	2	5	8.41	8
20	17	7	13	9	1	4	3.99	4
22	14	13	7	5	1	12	8.92	9
26	8	7	12	9	2	14	10.84	11
27	12	11	2	7	10	2	2.02	2
28	16	11	14	9	1	1	2.03	2
31	16	15	9	7	3	2	2.91	3
32	10	9	13	8	1	6	5.24	5
33	13	7	7	8	6	11	9.54	10
35	17	8	6	11	2	-	6.86	7
36	16	8	14	14	-	8	1.49	1
37	12	6	8	8	3	12	9.56	10
38	9	6	7	8	3	19	14.19	14
40	17	5	10	7	2	6	5.30	5
41	12	8	7	5	4	6	5.53	6
42	10	5	9	7	6	14	11.49	11
45	15	7	13	13	2	2	3.17	3

DISTRIBUCION DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS

EN LOS 79 CASOS—AREA FRUSTRACION

SEXO—MASCULINO

CUADRO 15 A
(CONT.)

CASO NUMERO	VALOR DE CALIFICACION						CALIFICACION MEDIA PONDERADA	
	0	1	2	3	4	5		
VALOR	3	9	27	81	243	729		
48	12	9	15	8	—	7	5.74	6
51	16	7	9	14	2	3	3.81	4
52	13	7	13	12	—	—	1.31	1
53	13	16	14	4	2	3	3.25	3
54	7	3	18	9	—	11	8.5	9
55	12	5	9	11	3	11	9.13	9
56	13	3	17	12	—	3	3.37	3
58	21	10	8	3	6	4	4.56	5
60	10	11	12	3	—	16	11.31	11
61	10	4	7	11	2	10	8.11	8
63	9	3	24	12	—	3	1.53	2
64	12	15	9	2	2	2	3.49	3
65	20	12	14	3	1	—	1.58	2
66	10	1	22	9	—	15	1.24	1
68	12	5	12	7	—	3	10.90	11
69	8	3	13	18	6	2	5.04	5
72	10	10	15	10	2	8	3.00	3
74	14	11	10	1	3	2	6.45	6
75	11	8	20	10	1	2	2.89	3
76	8	15	10	9	7	1	3.95	4
78	10	7	15	13	4	8	2.98	3

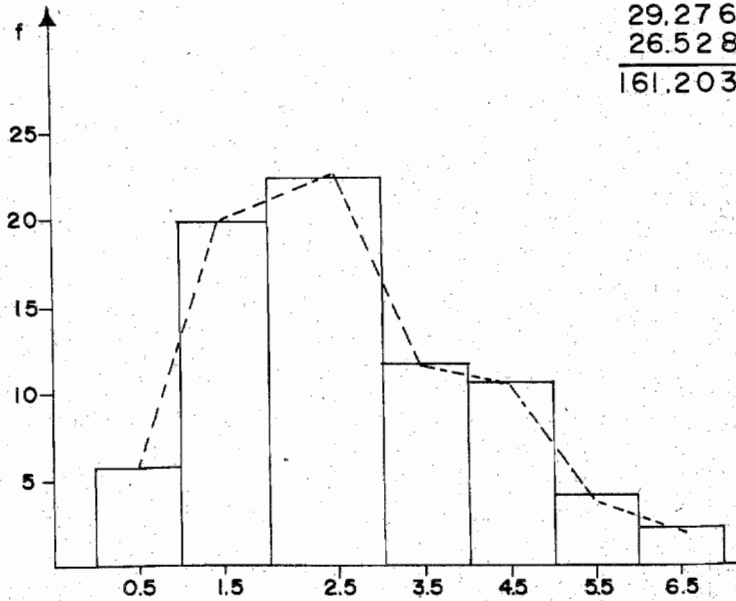
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR LOS 79 MEDICOS EN EL CUESTIONARIO — PREJUICIO

I	f	x	f x	(x - \bar{x})	(x - \bar{x}) ²
0 a < 1	6	0.5	3.0	2.29	5.2441
1 a < 2	20	1.5	30.0	1.29	1.6641
2 a < 3	23	2.5	57.5	0.29	.0841
3 a < 4	13	3.5	45.5	0.71	.5041
4 a < 5	11	4.5	49.5	1.71	2.9241
5 a < 6	4	5.5	22.0	2.71	7.3441
6 a < 7	2	6.5	13.0	3.71	13.7641
	<u>79</u>		<u>220.5</u>		

$$x = \frac{\sum f x}{N} = \frac{220.5}{79} = 2.79 \pm \begin{cases} 4.21 \\ 1.38 \end{cases}$$

$$s = \sqrt{\frac{\sum f(x - \bar{x})^2}{N}} = \sqrt{\frac{161.20}{79}} = \sqrt{2.04} = 1.42$$

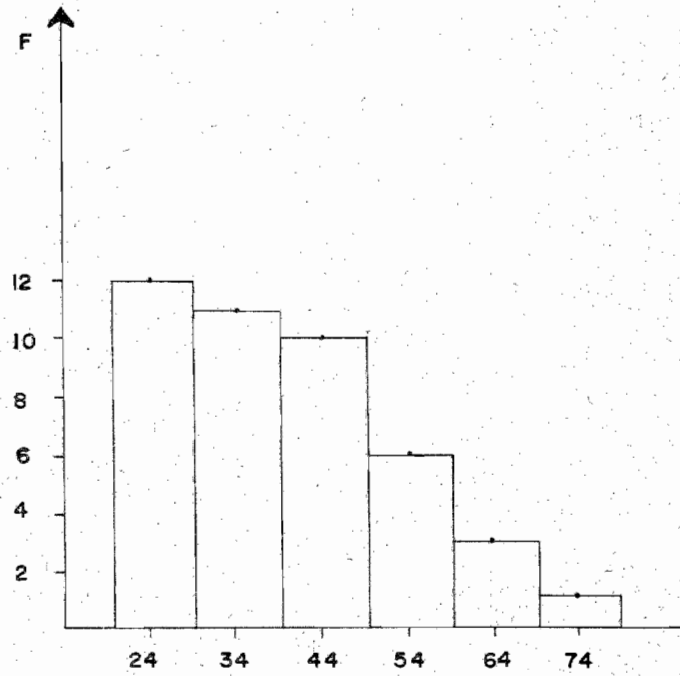
f(x - \bar{x}) ²
31.4646
33.2820
1.9343
6.5533
32.1651
29.2764
26.5282
<u>161.2039</u>



CONSOLIDADO
HOMBRES Y MUJERES

I	F	X	F X
20-29	12	24-5	294
30-39	11	34-5	379.5
40-49	10	44-5	445
50-59	6	54-5	327
60-69	3	64-5	193.5
70-79	1	74-5	74.5
	<u>43</u>		<u>1713.5</u>

$$\bar{X} = \frac{\sum F X}{N} = \frac{1713,5}{43} = 39,85$$

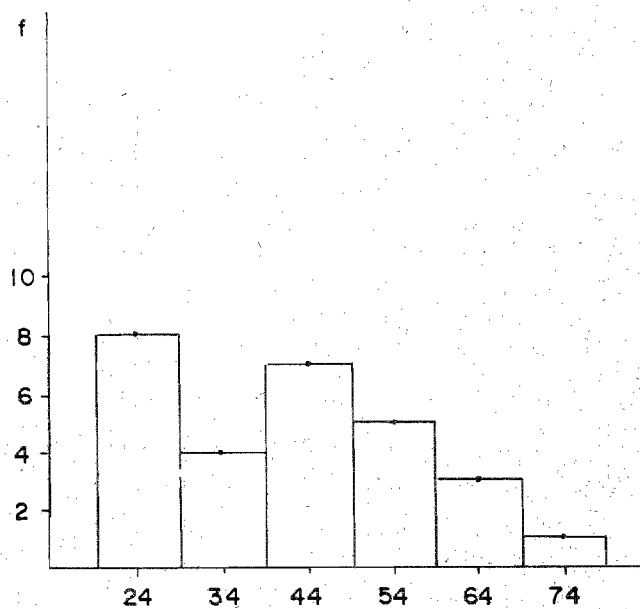


FRECUENCIA PREJUICIO SEGUN EDAD

\bar{X}
SEXO MASCULINO

I	f	x	f x
20 - 29	8	24.5	196
30 - 39	4	34.5	138
40 - 49	7	44.5	311.5
50 - 59	5	54.5	272.5
60 - 69	3	64.5	193.5
70 - 79	1	74.5	74.5
	<u>28</u>		<u>1186.0</u>

$$\bar{X} = \frac{\sum f x}{N} = \frac{1186.0}{28} = 42.36$$



FRECUENCIA PREJUICIO SEGUN EDAD

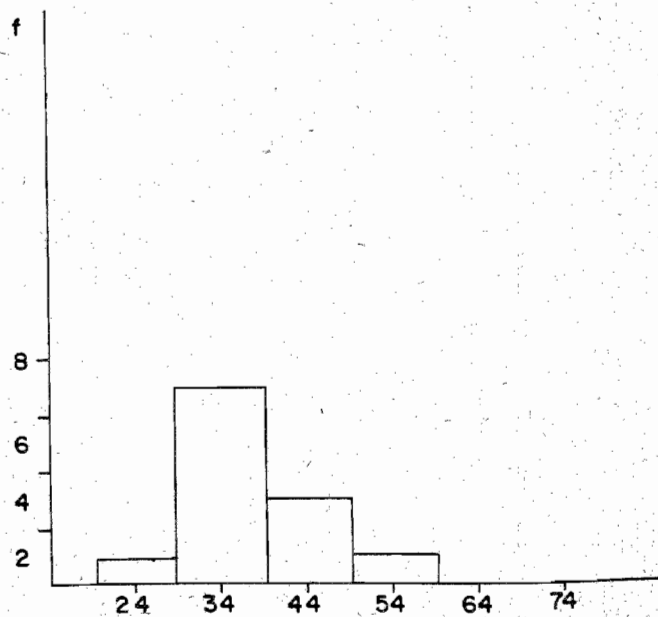
CUADRO 19

\bar{x}

SEXO FEMENINO

I	f	x	f x
20 - 29	4	24.5	98
30 - 39	7	34.5	241.5
40 - 49	3	44.5	133.5
50 - 59	1	54.5	54.5
	<u>15</u>		<u>527.5</u>

$$\bar{x} = \frac{\sum f x}{N} = \frac{527.5}{15} = 35.17$$



	FRECUENCIA	PERJUICIO DESVIACIÓN	SEGÚN DESVIACIÓN	EDAD.
20 - 29	3		2	5
30 - 39	2		1	3
40 - 49	2			2
50 - 59	2			2
60 - 69	1			1
70 - 79	1			1

	FRECUENCIA	PERJUICIO DESVIACIÓN	SEGÚN DESVIACIÓN	EDAD.
20 - 29	2		3	5
30 - 39	2		4	6
40 - 49	3		1	4

FRECUENCIA PERJUICIO SEGUN ANTIGUIDAD

\bar{x}

	I			F
1	A	3	MESES	1
4	A	6	"	3
7	A	9	"	3
10	A	12	"	1
1	A	3	AÑOS	7
4	A	6	"	5
7	A	9	"	7
10	O	MAS	"	<u>20</u>
				47

SEXO MASCULINO \bar{x}

	I			F
1	A	3	MESES	1
4	A	6	"	2
7	A	9	"	2
10	A	12	"	1
1	A	3	AÑOS	5
4	A	6	"	1
7	A	9	"	5
10	O	MAS	"	13

SEXO FEMENINO \bar{x}

FRECUENCIA PREJUICIO SEGUN ANTIGUEDAD
DESVIACION +

I	f	HOMBRES	f	MUJERES	TOTAL
1	a	3	Meses		
4	"	6	"		
7	"	9	"	1	1
10	"	12	"	—	1
1	"	3		1	3
4	"	6		—	4
7	"	9		1	1
10	o mas	4		—	4
					<u>14</u>

DESVIACION -

I	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
1	a	3	Meses	—
4	"	6	"	—
7	"	9	"	1
10	"	12	"	1
1	"	3	Años	7
4	"	6	"	1
7	"	9	"	3
10	o mas	4	"	3
				<u>16</u>

FRECUENCIA PERJUCIO SEGÚN OTRO TRABAJO

X

CONSOLIDADO

SI	TIENEN	OTRO	TRABAJO	33
NO	"	"	"	<u>15</u>
				48

HOMBRES

SI	TIENEN	OTRO	TRABAJO	24
NO	"	"	"	<u>7</u>
				31

MUJERES

SI	TIENEN	OTRO	TRABAJO	9
NO	"	"	"	<u>8</u>
				17

FRECUENCIA PREJUICIO SEGÚN TIENEN
OTRO TRABAJO

DESVIACIÓN —

	HOMBRES	MUJES	TOTAL
SI	3	3	10
NO	4	-	<u>4</u>
			14

DESVIACIÓN

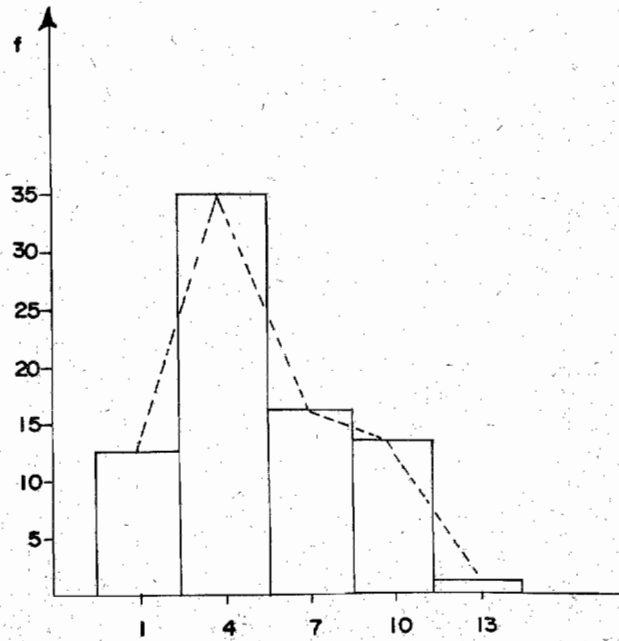
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SI	8	5	13
NO	1	3	<u>4</u>
			17

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR LOS 79 MEDICOS EN EL CUESTIONARIO — FRUSTRACION

I	f	x	fx	(x - \bar{x})	(x - \bar{x}) ²	f (x - \bar{x}) ²
0 - 2	13	1	13	4.28	18.31	236.03
3 - 5	35	4	140	1.28	1.64	57.40
6 - 8	16	7	112	1.72	2.96	47.36
9 - 11	14	10	140	4.72	22.28	311.92
12 - 14	1	13	13	8.72	76.04	76.04
	<u>79</u>		<u>418</u>			<u>730.75</u>

$$\bar{x} = \frac{\sum fx}{N} = \frac{418}{79} = 5.28 \pm 3.03 \begin{cases} 8.31 \\ -2.25 \end{cases}$$

$$s = \sqrt{\frac{\sum f(x-\bar{x})^2}{N}} = \sqrt{\frac{730.75}{79}} = \sqrt{9.24} = 3.03$$



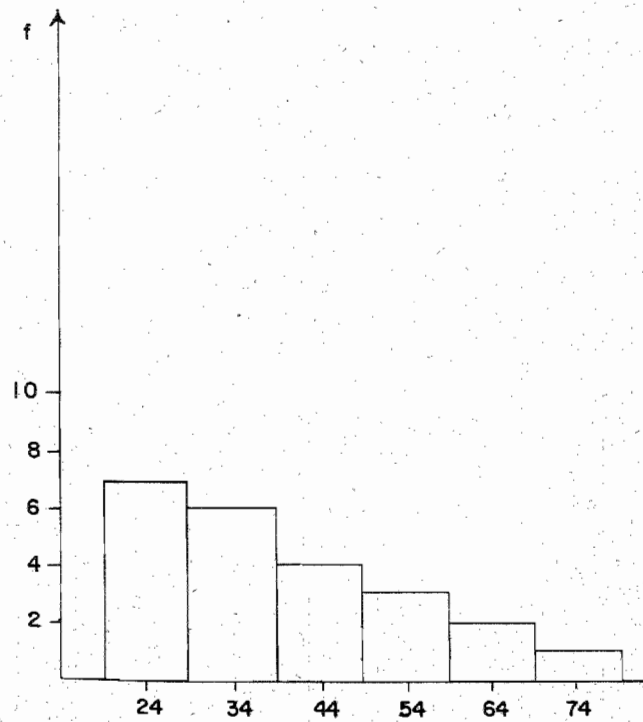
FRECUENCIA FRUSTRACION SEGUN EDAD

SEXO MASCULINO

\bar{x}

I	f	x	f x
20-29	7	24.5	171.5
30-39	6	34.5	207.0
40-49	4	44.5	178.0
50-59	3	54.5	163.5
60-69	2	64.5	129.0
70-79	1	74.5	74.5
	<u>23</u>		<u>923.5</u>

$$x = \frac{\sum X F}{N} = \frac{923.5}{23} = 40.15 = 40 \text{ Años}$$



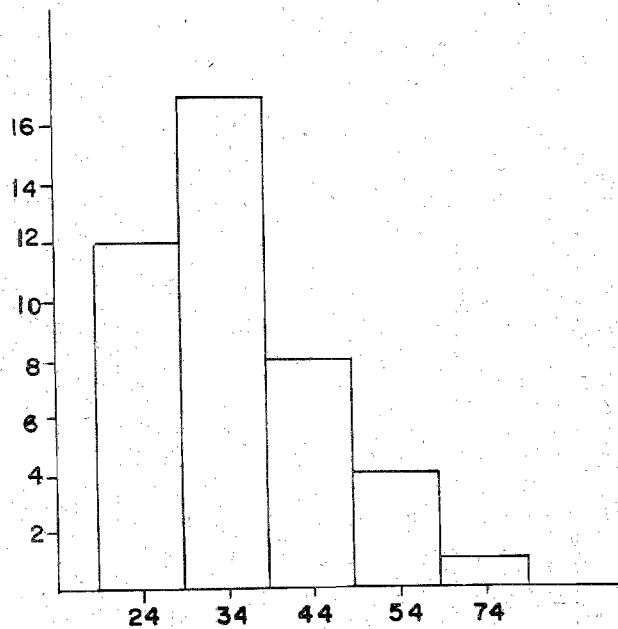
FRECUENCIA FRUSTRACIÓN SEGUN EDAD

\bar{X}

HOMBRES Y MUJERES

I	F	X	F X
20 - 29	12	24.5	294.0
30 - 39	17	34.5	586.5
40 - 49	8	44.5	366.0
50 - 59	4	54.5	218.0
60 - 69	2	64.5	129.0
70 - 79	1	74.5	74.5
	<u>44</u>		<u>1658.0</u>

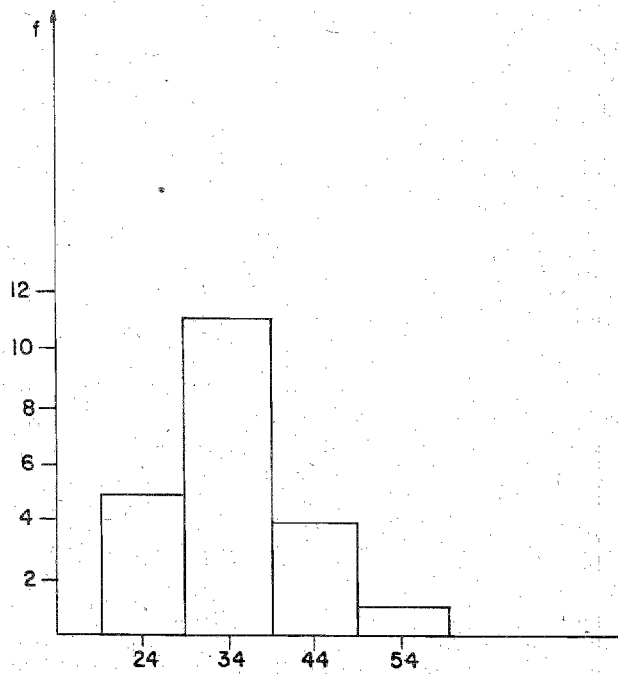
$$\bar{X} = \frac{\sum F X}{N} = \frac{1658.0}{44} = 37.68 = 38 \text{ AÑOS.}$$



FRECUENCIA FRUSTRACION SEGUN EDAD

I	f	x	f x
20 — 29	5	24.5	122.5
30 — 39	11	34.5	379.5
40 — 49	4	44.5	178.5
50 — 59	1	54.5	54.5
60 — 69			
70 — 79			
	<u>21</u>		<u>734.5</u>

$$\bar{X} = \frac{\sum f x}{N} = \frac{734.5}{21} = 34.97 = 35 \text{ Años}$$



CUADRO 28

I	FRECUENCIA			FRUSTRACION		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
20-29	3	3	6	3	1	4
30-39	1		1	1	1	3
40-49	4		4	4		4
50-59	4		4			
60-69	2		2			
70-79				1		1
			<u>17</u>			<u>12</u>

FRECUENCIA FRUSTRACION SEGUN ANTIGUEDAD

		\bar{x}
		CONSOLIDADO (HOMBRES Y MUJERES)
I		f
4 a 6	Meses	4
7 a 9	"	4
10 a 12	"	1
1 a 3	Años	10
4 a 6	"	6
7 a 9	"	9
10 ó más	Años	<u>15</u>
		49

SEXO MASCULINO

I		f
4 a 6	Meses	2
7 a 9	"	1
10 a 12	"	1
1 a 3	Años	6
4 a 6	"	3
7 a 9	"	5
10 ó más	"	<u>8</u>
		26

SEXO FEMENINO

4 a 6	Meses	2
7 a 9	"	3
1 a 3	Años	4
4 a 6	"	3
7 a 9	"	4
10 ó más	"	<u>7</u>
		23

FRECUENCIA FRUSTRACION SEGUN ANTIGUEDAD

DESVIACION

I	S+			S-		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	f	f	f	f	f	f
1 - 3 Meses	1		1			
4 - 6 "	1		1			
7 - 9 "		1	1	1		1
10 - 12 "	1		1			
1 - 3 Años	2	2	4	2	2	4
4 - 6 "	1		1	1	1	2
7 - 9 "	1		1			
10 - más "	7		7	5		5
			<u>17</u>			<u>12</u>

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN EL AREA DE
FRUSTRACION SEGUN OTRO TRABAJO

CONSOLIDADO

 \bar{x}

SI TIENEN OTRO TRABAJO	30
NO TIENEN OTRO TRABAJO	<u>20</u>
	50

HOMBRES

SI TIENEN OTRO TRABAJO	18
NO TIENEN OTRO TRABAJO	<u>9</u>
	27

MUJERES

SI TIENEN OTRO TRABAJO	12
NO TIENEN OTRO TRABAJO	<u>11</u>
	23

CORRELACION

CUADRO 33

X	Y	XY	X ²	Y ²
2	1	2	4	1
3	3	9	9	9
2	1	2	4	1
1	5	5	1	25
11	4	44	121	16
5	3	15	25	9
3	4	12	9	16
6	1	6	36	1
3	2	6	9	4
4	1	4	16	1
3	4	12	9	16
7	4	28	49	16
11	2	22	121	4
4	2	8	16	4
4	1	4	16	1
4	1	4	16	1
4	2	8	16	4
2	3	6	4	9
4	1	4	16	1
4	1	4	16	1
1	2	2	1	4
5	3	15	25	9
3	2	6	9	4
3	1	3	9	1
3	5	15	9	25
10	2	20	100	4
6	3	18	36	9
7	4	28	49	16
8	1	8	64	1
3	2	6	9	4
8	4	32	64	16
6	2	12	36	4
4	6	24	16	36
4	1	4	16	1
2	5	10	4	25
9	5	45	81	25

CORRELACION CUADRO 33 B

X	Y	XY	X ²	Y ²
9	5	45	81	25
4	2	8	16	4
5	4	20	25	16
1	1	1	1	1
9	2	18	81	4
6	4	24	36	16
9	2	18	81	4
6	3	18	36	9
1	2	2	1	4
4	4	16	16	16
2	1	2	4	1
7	2	14	49	4
3	2	6	9	4
8	2	16	64	4
4	2	8	16	4
9	4	36	36	16
11	6	66	121	36
2	3	6	4	9
2	1	2	4	1
3	3	9	9	9
5	2	10	25	4
10	4	40	100	16
7	6	42	49	36
1	1	1	1	1
10	4	40	100	16
14	7	98	196	49
5	4	20	25	16
6	3	18	36	9
11	3	33	21	9
3	2	6	9	4
6	3	18	36	9
4	4	16	16	16
1	3	3	1	9
3	5	15	9	25
9	4	36	81	16
9	2	18	81	4
3	3	9	9	9
5	3	15	25	9
11	6	66	121	36
8	1	8	64	1
<u>415</u>	<u>268</u>	<u>1313</u>	<u>2870</u>	<u>811</u>

$$r = \frac{79 \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[79 \sum x^2 - (\sum x)^2] [79 \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$$r = \frac{79 (1313) - (415)(268)}{\sqrt{[79 (2870) - (415)^2] [79 (811) - (268)^2]}}$$

$$r = \frac{103727 - 111220}{\sqrt{\underbrace{(226730 - 172225)}_{54505} \underbrace{(64069 - 71824)}_{-7755}}}$$

$$r = \frac{-7493}{\sqrt{(54505) - (-7755)}} = \frac{-7493}{\sqrt{-22686275}} = \frac{-7493}{20559.34} = -0.36$$

INDICE

Introducción

PRIMERA PARTE:

Capítulo I

La Relación Médico Paciente: 13

Aspectos Históricos 37

Bibliografía

Capítulo II

La Relación Médico Paciente:

Aspectos Psicológicos 39

Bibliografía 64

Capítulo III

La Relación Médico Paciente:

Aspectos Institucionales 66

Bibliografía 81

Capítulo IV

Influencia de la Frustración y el

Prejuicio en la Relación Médico paciente:

La Actitud 84

Bibliografía 104

Capítulo V

La Frustración 106

Bibliografía 127

Capítulo VI	
El Prejuicio	129
Bibliografía	161
SEGUNDA PARTE:	
Planteamiento del Problema	162
Hipótesis	168
Elaboración de la encuesta	169
Selección de la muestra	193
Análisis e Interpretación de datos	196
Conclusiones.	246
CUADROS Y GRAFICAS	253
AGRADECIMIENTOS	314

AGRADECIMIENTOS:

A las Instituciones de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal y en especial, a los Centros de Salud que de ella dependen.

Al Dr. Ginés Navarro y Díaz de León, C. Director General de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

Al Sr. Jaime Guarro, C. Delegado Administrativo de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

Al Sr. Dr. Alberto Nuñez Rivera, C. Director del Centro de Salud "Dr. Angel Brioso Vasconcelos".

Al Sr. Dr. Carlos Pérez Ares, C. Coordinador de los Servicios de Salud Mental de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Al Sr. Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro, jefe del Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Al Sr. Dr. Armando del Campo, asesor de la tesis.

Al Sr. Dr. Mario Venegas Castañeda.

A la Sra. Suzanne Felicien

A la Trabajadora Social Josefina Santos N.

Al Sr. Enrique Treviño

De manera muy especial al Sr. Prof. Austreberto Mondragón Bolaños por su asesoría en los aspectos de Estadística, al C. Vicealmirante C.G.D.E.M.N. Miguel Angel Gómez Ortega, a la Psic. Ma. Luisa Zurita Barrera y a mi hermana Graciela Fontecilla Montero.

Con mi más profundo agradecimiento al Sr. Dr. Gustavo Castro y González.

Gracias también a todas aquellas personas que en una forma u otra colaboraron en la realización de ésta tesis.