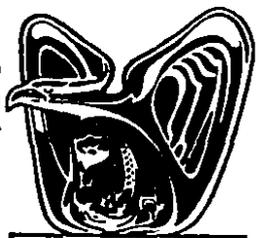


11226
2 of 79



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social



**EL STRESS EN LA ENSEÑANZA Y
PRACTICA MEDICA.**

Tesis de Postgrado

para obtener el título de:

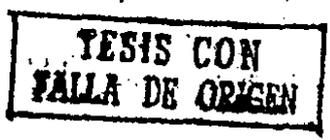
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Antonio Jesús María Rivera Abarca

Asesor: Dr. Vladimir Vázquez Ramírez

Morelia, Mich.



Febrero, 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAUSAS DE STRESS	
EN NO GRADUADOS	5
EN GRADUADOS	10
EN LA PRACTICA MEDICA	15
EPECTOS DEL STRESS SOBRE LOS MEDICOS	22
ADAPTACIONES AL STRESS	23
MECANISMOS DE SUPERACION DEL STRESS	27
PREVENCION DEL STRESS	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

La misión fundamental del Médico es la preservación de la Salud. Sin embargo, él mismo está expuesto a un gran riesgo de enfermarse tanto física como mentalmente, al estar sometido a una angustia y tensión nerviosa continua desde el inicio de su carrera profesional hasta su retiro. Esto nos hace suponer -- que existen etapas de desarrollo en la formación del Médico, y que cada una de ellas va asociada a un particular estado de -- stress.

Así las etapas que se conocen dentro del desarrollo de ser Médico son las siguientes:

ETAPA	DESARROLLO
Preclínica o de no graduados:	Escuela Médica. Internado de Pregrado.
Clínica o de graduados:	Internado Rotatorio. Residencia Médica. Práctica Médica.
Retiro profesional.	

Esto ha motivado la realización de la presente MONOGRAFIA cuyo objetivo fundamental es el de conocer las causas de stress en la Enseñanza y Práctica Médica.

En 1920 el Fisiólogo Walter B. Cannon realizó una investigación de los mecanismos que él llamó homeostáticos relacionados con las reacciones de lucha, escape y estímulos productores de stress, pensó que una función importante de la homeostasis era contrarrestar los efectos destructores causados por elementos nocivos de tal manera que el equilibrio pudiera ser restaurado, y al perturbarse más allá de los límites normales se producía el stress como resultado de la alteración de la -- homeostasis.

A mediados de 1930 Hans Selge continuando con los trabajos de Cannon trabajó con animales sometidos a diferentes estímulos nocivos y encontró que había un síndrome constante de -- cambios dispersos inducidos por estímulos diferentes. Llegó a la conclusión de que la repetición de tales reacciones fisiológicas se podían definir como estados de tensión a los que llamó Síndrome General de Adaptación al stress, el cual consta de tres etapas: a) la etapa de reacción de alarma,

- b) la etapa de resistencia (en la que entra la homeostasis), y -
- c) la etapa de agotamiento (que puede causar - hasta la muerte)

Al iniciar el trabajo es necesario, primeramente, conceptualizar las palabras "STRESS", "DISTRESS", "PROSTRESS", y "EUTRESS", así como la Teoría General del stress y los conceptos de Educación y Práctica Médica.

El STRESS es un término que se refiere a la reacción -- integral de un individuo ante un estímulo, evento o situación-- en las que las demandas del medio ambiente, o las internas o -- ambas abruman o exceden la capacidad de adaptación de un individuo, generando un estado de tensión nerviosa excesiva, resultante de la acción brusca o continuada del estímulo que es --- nocivo para el organismo y la salud mental. El stress puede -- ser tanto agudo como crónico, considerándose al STRESS AGUDO -- como la respuesta angustiante inmediata que provoca un estímulo que supera la capacidad de adaptación de un individuo ante una situación de apremio determinada; el STRESS CRONICO se considera como una respuesta del individuo a un estímulo continuo do o a la repetición de sucesos angustiantes frecuentes que -- dan por resultado un estado de tensión permanente.. Otra variable del stress corresponde a lo que se conoce como DISTRESS -- que es el aspecto patológico del stress, es decir, es una respuesta o reacción negativa, sea por defecto o por exceso ante un estímulo que causa tensión emocional, así podríamos decir -

que la reacción neurótica es un distress en exceso. El PROSTRESS es el término que se aplica al adiestramiento previo que se da para enfrentar situaciones de angustia y poder superarlas sin llegar a un estado psicopatológico en el momento de la situación angustiante. El EUTRESS sería la reacción adecuada, equilibrada positiva ante una situación de angustia y tensión emocional. (1)

Por otra parte, la TEORIA GENERAL DEL STRESS, también conocida como TEORIA DE LA "U" INVERTIDA, establecida desde el año de 1928 y la cual se encuentra vigente en la actualidad, señala que a niveles moderados o adecuados de stress el individuo puede realizar sus funciones correctamente; pero, cuando no hay un estímulo suficiente que excite a la ejecución; o bien cuando el estímulo es excesivo no se realizan correctamente las acciones, cometiendo errores o torpezas que en otras condiciones no se presentarían. (2)

Dada la importancia de esta Teoría, es imposible no aplicarla a la Enseñanza y Práctica médica, ya que de una manera u otra es un factor importante de stress en el desarrollo del Médico. De acuerdo a la Teoría anterior, por tanto, se facilitaría el proceso Enseñanza-Aprendizaje o el ejercicio médico profesional con niveles moderados de stress y se entorpece con estímulos insuficientes o excesivos de stress.

Otra variable que nos falta por conocer es la del concepto de EDUCACION MEDICA, la cual se concibe como la enseñanza otorgada durante todas las etapas que comprende la formación de una persona que decide dedicarse a la profesión médica, ya sea en forma general, a nivel de Licenciatura, o bien hacer una Especialización, Maestría o Doctorado en Medicina; para esto se incluyen las etapas de no graduados, como estudiante en una Escuela de Medicina, y la de graduado, cuyos planes de estudio se fundamentan en la Escuela Anglosajona cuya corriente ideológica es dada por un pensamiento estructural funcionalista.

Por último, como PRACTICA MEDICA entendemos el tiempo -- que como ya graduado dedica al ejercicio de su profesión, ya -- sea en forma particular o como Médico de alguna Institución, o -- ambas; hasta que decida abandonar su trabajo como profesionalista constituyendo este momento el RETIRO MEDICO.

En la formación del Médico, de alguna manera u otra, el stress es un factor que se amalgama a ella y es en la última dé cada cuando se ha reconocido que el stress puede llevar a una alta incidencia de distress o angustia entre los médicos (3), -- sin embargo, son solo algunos países los que han investigado de una manera seria esta correlación, entre los que destacan Ingl terra, Estados Unidos de Norte América y Canadá; no encontrando en nuestro País referencia alguna sobre ningún estudio realizado al respecto, lo que demuestra el poco interés que ha tenido el estudio de este problema, el que por sí solo habla de su relevancia por los siguientes hechos: se han confirmado niveles -- particularmente altos de desórdenes psiquiátricos en estudiant-- tos de Medicina en los Estados Unidos de Norte América, en rela-- ción con la población general, siendo un 15 a 20% de los estu-- dantes los que reunían los criterios para el diagnóstico de en fermedad psiquiátrica. (4,5,6) Otros estudios sugieren también que la práctica de la Medicina ocasiona ciertos riesgos a la -- salud mental tanto de los estudiantes como de los Médicos gra-- duados. (7,8,9,10,11) Entre los médicos los síntomas de stress como el alcoholismo, el abuso de sustancias tóxicas, la depre-- sión, las ideas suicidas, el suicidio mismo, la enfermedad car-- diaca coronaria, las desavenencias maritales y la alteración de la cinémica de su familia han sido bien documentadas. (9,12)

Considerando lo anteriormente enunciado, podemos señalar que nos encontramos ante un problema sociomédico que tiene gran repercusión en el Médico como ser humano y en el ejercicio ópti-- mo de su profesión como bien a la sociedad en que se desarrolla.

En nuestro País, como ya se apuntó anteriormente, no se ha realizado ningún estudio que tome en cuenta este factor, y -- por ende, ha sido motivo de esta investigación documental ahora, dando las bases para una investigación experimental posterior.

CAUSAS DE STRESS

La Escuela Anglosajona propone el estudio del stress en la Profesión Médica en tres períodos:

- . el stress generado en no graduados,
- . el stress generado en graduados, y
- . el stress en la práctica médica.

EL STRESS EN NO GRADUADOS.

Es en la última década cuando se inicia el reconocimiento de que el stress lleva a la angustia y deterioro de los médicos(3) por tal motivo en países como Inglaterra y Estados Unidos de Norte América se han dado a la tarea de investigar las causas y niveles de stress que se generan en los estudiantes de Medicina.

El Dr. Jenny Firth realizó un estudio comparativo entre - estudiantes de Medicina de las Universidades de Sheffield, Manchester y la de Leeds y la población general de Inglaterra mediante la aplicación de un Cuestionario General de Salud, que tiene - una variedad de preguntas sobre la historia personal, umbral de - stress, personalidad y carácter para investigar los incidentes o causas que los generaban stress (13).

El estudio se realizó en 318 estudiantes a través del --- cuestionario general de salud en las tres Universidades Británicas durante sus cuatro años de adiestramiento escolar, comparándolos con grupos de población general, encontrando que los niveles de stress son mucho más altos en los estudiantes de Medicina, cuyos disturbios emocionales tuvieron una prevalencia estimada - de 31.2%. (cuadro no. 1) En el que se observó que existen niveles de stress desde el inicio de la enseñanza médica, evidenciándose esto por problemas de alcoholismo, drogadicción, suicidio, - etc. Lo cual se ratifica con otro estudio de Salmons en el que - muestra que el 2.4% de los estudiantes desarrollaron una alteración psiquiátrica que los condujo a abstenerse del curso y el 1% requirió de admisión en un centro psiquiátrico. (14)

C U A D R O No. 1

DISTURBIOS EMOCIONALES EN DOS POBLACIONES.

CATEGORIA	NUMERO	PREVALENCIA DE LOS DISTURBIOS EMOCIONALES
ESTUDIANTES DE MEDICINA	318	31.2%
POBLACION GENERAL	222	9.7%

FIRTH J. LEVELS AND SOURCES OF STRESS IN MEDICAL STUDENTS.
BRITISH MED. J. 1986; 292: 1177-80.

La mayor parte de los investigadores del stress en la Educación Médica identificaron las mismas variables (15 a 21), pero es el Dr. Camille Lloyd quien de una manera más explicita la señala al estudiar 285 estudiantes de la Escuela de Medicina de Houston de la Universidad de Texas, E.E.U.U. (cuadro no 2) mostrando que las causas que producían stress eran: académicas, administrativas, económicas, familiares y sociales. (11) En este estudio los estudiantes consideraron como a la mayor y más fuerte causa de stress la gran cantidad de material por aprender en la Escuela de Medicina, seguida de otras como el grado de dificultad del material por aprender, el stress atribuido a los exámenes y a las calificaciones; la falta de tiempo para dedicar a la familia y los amigos fue clasificada en tercero y cuarto lugar respectivamente, como aspectos estresantes de la escuela. Los resultados también mostraron niveles altos de stress debido a presiones económicas, falta de tiempo para cumplir con sus deberes, sentimientos de inconformidad, falta de responsabilidad administrativa para las necesidades del estudiante, la atmósfera de aprendizaje creada por los respectivos profesores, y la falta de apoyo en los modelos de la Facultad. Identificados como factores estresantes moderados fueron los aspectos relacionados con la orientación de pacientes, aspectos personales, como la soledad, dificultades en las relaciones interpersonales, y el arrendamiento de casa .

Este estudio también demostró que la enseñanza médica es más estresante para las mujeres que para los hombres. Que reaccionan de una manera diferente a las presiones de la enseñanza médica, y que pueden encontrar que la escuela médica choca más con sus necesidades interpersonales debido a que reportan más stress por la soledad y la falta de tiempo para compartirlo con otras personas. Así mismo las mujeres también expresaron claramente estar más preocupadas por sentimientos de desadaptación. Y fueron menos positivas en sus auto percepciones, lo que indica que es más difícil a la mujer que al hombre desarrollar una autoestimación adecuada.

C U A D R O No. 2

PRINCIPALES CAUSAS DE STRESS ENCONTRADAS ENTRE LOS ESTUDIANTES
DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS, ESCUELA DE MEDICINA EN HOUSTON

C A U S A S	1er. año n = 77	2o. año n = 76	3er. año n = 80	4º año n = 52	TOTAL n = 285
Cantidad de material para ser aprendido.	4.0	4.14	3.8	3.6	3.90
Dificultad del material para aprender.	2.8	3.0	3.2	2.8	2.94
Exámenes y/o calificaciones.	3.9	3.9	3.8	3.4	3.78
Falta de tiempo para cumplir sus deberes.	2.3	2.7	3.4	2.8	2.82
Competencia entre compañeros.	2.3	2.3	2.8	2.3	2.44
Dificultad para aprender procedimientos clínicos.	1.4	2.5	2.6	2.6	2.27
Dificultad de responsabilidad del cuidado de los pa- cientes.	1.2	2.4	2.5	2.6	2.13
Cantidad de responsabilidades del cuidado de los pa- cientes.	1.2	2.1	2.5	2.7	2.10
Dificultad en luchar contra enfermedades y muerte de los pacientes.	1.1	2.0	2.3	2.4	1.93
Hablar con pacientes acerca de problemas personales.	1.1	2.0	2.0	2.1	1.78
Miedo a contagiarse y preocupación por enfermar.	1.3	1.7	1.6	1.5	1.52
Problemas actuales de salud personal.	1.7	1.9	1.9	1.6	1.78
Atmósfera creada por los Internos Residentes.	1.1	1.8	3.2	2.7	2.17
Atmósfera creada por los profesores clínicos o médi- cos asesores.	1.2	2.4	3.6	3.2	2.56
Falta de responsabilidad administrativa en las necesi- dades del estudiante.	1.9	2.6	3.1	3.1	2.65
Dificultad en encontrar apoyo en los modelos de la - Facultad.	1.9	2.5	3.0	2.6	2.49
Dudas acerca de la elección de la carrera.	1.7	2.4	3.1	2.3	2.40
Dificultad en aprender procedimientos de Investigación.	1.2	1.5	1.9	1.4	1.51
Dificultad de diseñar proyectos de investigación.	1.1	1.2	1.9	1.3	1.38
Presiones económicas.	2.5	2.7	3.0	2.9	2.78
Inadaptación en la casa de alojamiento.	2.0	1.9	2.1	1.9	1.99

continúa ...

C A U S A S	1er. año n = 77	2o. año n = 76	3er. año n = 80	4º año n = 52	TOTAL n = 285
Soledad.	2.3	2.3	2.3	2.3	2.30
Dificultades en las relaciones con los padres.	1.6	1.9	1.9	1.6	1.78
Dificultades en sus relaciones amorosas.	2.2	2.5	2.4	2.5	2.40
Problemas sexuales.	1.8	2.1	2.1	2.1	1.98
Falta de tiempo para la familia y los amigos.	2.9	3.0	3.5	2.7	3.07
Falta de tiempo para recreación.	2.9	2.9	3.6	2.8	3.09
Preocupación por el uso de alcohol.	1.4	1.5	1.5	1.3	1.45
Preocupación por el uso de cigarrillos.	1.2	1.3	1.3	1.4	1.30
Preocupación por el uso de drogas.	1.2	1.2	1.3	1.2	1.24
Sentimientos de inadecuación.	2.2	2.9	2.9	3.1	2.73
Presiones por la responsabilidad en el cuidado de los niños.	1.2	1.4	1.7	1.4	1.43

* Las cifras de stress van del (1), indicando poco o no stress al 5, indicando el grado máximo de stress.

Lloyd C, Gartrell NK. A further assessment of medical school stress.
J. Med. Educ. 1983; 58: 964-7.

Así vemos que existe un número considerable de causas de stress para el estudiante de Medicina, que de una u otra manera repercuten en su salud personal, familiar y social. Aspectos -- que prácticamente no son valorados por los que administran la -- Enseñanza Médica.

Por otro lado el Dr. Firth describe las siguientes causas de stress en su estudio. (cuadro 3)

Según este autor las categorías de eventos con mayores niveles de stress fueron las relaciones con los consultantes -- (2.91), y sentimientos de que la profesión médica ha fracasado -- (2.73).(13)

EL STRESS EN GRADUADOS.

La Residencia es el período de enseñanza en que se viven experiencias más estresantes, debido a que en este período se -- desarrolla el profesionalismo, se realiza la maduración como -- adulto joven y existen severas crisis financieras. Siendo estas experiencias las que pondrán las bases para su futura práctica -- médica y su propia imagen como médicos. (22)

El Dr. Howard (23) es quien de una manera más explícita -- identifica las causas de stress del Residente en su estudio rea -- lizado en los Residentes de primero y segundo año en las sedes -- de enseñanza de la Facultad de Medicina de la Universidad de -- Toronto, Canadá, en 1984, mostrando los siguientes resultados: el aspecto estresante más señalado fue el factor tiempo que in -- cluía falta de tiempo para sus familiares, para divertirse y -- para la atención de ellos mismos, y la sensación de tener dema -- siado trabajo qué hacer al mismo tiempo.

La segunda causa de stress fue la fatiga, señalando en -- ésta, falta de horas para dormir y el sentimiento de desfalle -- cimiento por cansancio.

C U A D R O No. 3

EVENTOS DESCRITOS COMO ESTRESANTES POR ESTUDIANTES DE MEDICINA

E V E N T O	No. (%) que reportaron un evento			NIVEL PROMEDIO
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL (%)	
Evento no estresante.	33 (19)	4 (3)	37 (13)	—
Trabajo clínica con paciente.	5 (3)	6 (5)	11 (4)	2.21
Dialogar con los pacientes.	32 (18)	27 (23)	59 (21)	2.53
Tratando con la muerte o el sufrimiento.	18 (10)	13 (11)	31 (10)	2.49
Relaciones con los consultantes.	9 (5)	6 (5)	15 (5)	2.91
Relaciones con otros doctores.	4 (2)	6 (5)	10 (3)	2.58
Trabajo académico.	11 (6)	4 (3)	15 (5)	2.58
Efecto en la vida privada. (relaciones, finanzas, etc.)	25 (14)	10 (9)	35 (12)	2.33
Sentimiento de que la profesión médica, ha fracasado. (Pacientes conflictivos o con dolor, posibilidad de incompetencia).	5 (3)	8 (7)	13 (4)	2.73
Presentar casos, ejecutar la guardia.	22 (12)	13 (11)	35 (12)	1.38
Inquietudes sobre la elección.	7 (4)	12 (10)	19 (6)	2.64
No. total que respondió.	171	109	284	

FIRTH J. LEVELS AND SOURCES OF STRESS IN MEDICAL STUDENTS.
BRIT. MED. J. MAY. 292(3): 1177-80. 1986.

El tercer estresor correspondió a la disminución de la confianza en sí mismo, que incluía la deficiencia de conocimientos médicos para solucionar adecuadamente los problemas de los pacientes, mismas situaciones confirmadas por Nelson, Henry (24) y Howk (25). En este trabajo señala que el estresor más alto -- correspondió a las rotaciones del Residente por Medicina General, debido a: carga excesiva de trabajo, horas extremadamente largas y ocupadas, gran volumen de pacientes, muchas llamadas de noche, estar siempre apresurados, sin tiempo para comer, --- hacer mucho papeleo y presiones de tiempo. (cuadro 4)

El Dr. Mc. Cue en su trabajo del Internado Rotatorio --- establece que las presiones de tiempo y la privación de sueño constituyen las mayores causas de stress de la enseñanza, afectando adversamente la habilidad del Residente para aprender, la calidad del trabajo médico y su habilidad para responder adecuadamente en situaciones urgentes. (26)

El Dr. Ziegler (27) fundamenta que el temor de un desempeño inadecuado como médico durante la Residencia puede causar a los Residentes ignorar su propio desarrollo personal. Así mismo se deja entrever un hecho no comprobado aún, de que los Residentes de primer año reportan niveles más altos de stress que los de segundo año, y que las mujeres residentes presentan niveles de stress más elevados en relación a los hombres. Y el Dr. Howard (23) concluye que el stress es más alto en ellas debido a que además de la responsabilidad de su carrera llevan la responsabilidad de su casa, y, son un poco "más profesionales" que los residentes hombres. En este mismo estudio Howard reporta -- que las situaciones menos estresantes en la Residencia se refieren a las relaciones con otros residentes.

En este mismo estudio del Dr. Howard los residentes ---- también reportaron tener los mayores problemas de stress con lo relacionado al tiempo (dificultad para aprender todo, sensación de apresuramiento, ser llamado constantemente), y poco stress - en relación con problemas con las interacciones personales con sus iguales y el cuerpo administrativo. (cuadro 5).

C U A D R O No. 4

ESTRESORES PROFESIONALES EN LA
RESIDENCIA MEDICA

ESTRESOR	CAUSAS ESPECIFICAS
1.- Presiones de tiempo	<ul style="list-style-type: none"> . Falta de tiempo para cumplir todos los deberes. . Falta de tiempo para aprender todo el material de estudio. . Falta de tiempo para sus familiares. . Falta de tiempo para recreación . Falta de tiempo para sí mismo. . Sensación de que se tienen que hacer muchas cosas a un tiempo. . Exceso de trabajo. . Estancia demasiado prolongada en el trabajo. . Estar siempre apresurados.
2.- Fatiga.	<ul style="list-style-type: none"> . Falta de tiempo para descansar . Falta de horas para dormir. . Ser llamado continuamente de día y de noche. . Horas extremadamente largas y muy ocupadas.
3.- Dudas de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> . Disminución de la confianza en sí mismo. . Temor de cometer errores. . Insuficientes conocimientos médicos.

HOWARD R. STRESS IN FAMILY PRACTICE RESIDENTS.
CAN FAMILY PHYSICIANS. 1986 Feb. 319-323.

C U A D R O No. 5

CUADRO SUMARIO DEL PROMEDIO DE UN GRUPO
EN RELACION A PROBLEMAS CON EL TRABAJO

ESTRESOR	PROMEDIO
1.- Aprender todo.	3.30
2.- Sensación de apresuramiento.	3.03
3.- Ser llamado.	2.91
4.- Dudas de sí mismo.	2.74
5.- Temor de equivocarse.	2.70
6.- No disponer de tiempo para los pacientes.	2.62
7.- Frustración.	2.54
8.- Muerte de los pacientes.	2.13
9.- Conflictos entre pacientes.	2.09
10.- Problemas del programa.	2.08
11.- Status como residentes.	1.80
12.- Problemas con otras especialida des.	1.66
13.- Problemas de sueño.	1.61
14.- Problemas de la Facultad.	1.51
15.- Problemas del residente.	1.12

Escala: 1 = Ningún problema.
3 = Algún problema.
5 = Un gran problema.

HOWARD R. STRESS AND COPING MECHANISMS IN A GROUP
OF FAMILY PRACTICE RESIDENTS. J MED EDUC. 1985. -
JUL; 60 (17): 564-6.

En los estudios de los doctores Mc. Cue, Russell (28) y Valko (29) se observa que el alcoholismo, el abuso de drogas, -- la depresión severa y hasta el suicidio no son raros como las -- manifestaciones iniciales reconocidas del distress de un residente. He aquí el por qué del aforismo del Dr. Mc Cue: "Los éxitos intelectuales no compensan el distress emocional". (26)

EL STRESS EN LA PRACTICA MEDICA.

Día a día el Médico se enfrenta a diversos estresores -- en su práctica profesional, los cuales hasta cierto punto los -- ha hecho parte intrínseca de su ejercicio profesional. En el -- ámbito médico existen profesionales que son más vulnerables que otros a los estresores, convirtiéndose los primeros en no aptos para practicar la Medicina, por la amenaza de un comportamiento seriamente neurótico, o por una conducta inapropiada, y, por -- consecuencia, con efectos adversos en su vida personal y fami--liar, a pesar de su calidad académica. (9)

Ante esta situación surge la interrogante: ¿cuántos de -- los problemas personales, familiares y sociales del Médico son--producto de sus estresores profesionales ?

El Dr. Mc Cue (9) expone como causas de stress en el --- ejercicio médico profesional: el sufrimiento, el miedo, la se--xualidad, la muerte, el trato con pacientes problema y la incer--tidumbre. (cuadro 6).

En el trabajo profesional del Médico, se deben conside -- rar la intervención de aspectos intensamente emocionales, gober--nados por severos códigos culturales en la conducta del pacien--te, entre ellos están:

C U A D R O No. 6

CAUSAS DE STRESS EN LA PRACTICA MEDICA

SITUACION LABORAL	ESTRESOR
El trabajo con aspectos intensamente emocionales, gobernados por -- severos códigos culturales en la -- conducta.	Sufrimiento Miedo Sexualidad Muerte
Inadecuada enseñanza en aspectos -- de relación Médico-Paciente.	Trato con pacientes problema.
Demandas de la sociedad o de pa-- cientes que no pueden ser razona-- blemente tratados, ejemplo, la -- necesidad de certeza cuando el -- conocimiento médico ordinario --- solo permite una aproximación.	Incertidumbre.

MC CUE JD. THE EFFECTS OF STRESS ON PHYSICIANS AND THEIR PRACTICE. N ENGL J MED. 1982; 306:458-63.

El sufrimiento.

En el devenir de la vida hay diferentes eventos que producen alteraciones a la "estabilidad" del ser humano, entre éstos la enfermedad y el dolor que generan sufrimiento que repercute tanto en el médico como en el paciente, incrementándose en éste último si el paciente pertenece al grupo de personas -- ansiosas, inconformes y a menudo incapaces de expresar gratitud o afecto . Además, los pacientes esperan mayor simpatía y mejor trato, debido a sus sufrimientos y más habilidad en mitigar sus síntomas de lo que la mayoría de los médicos modernos pueden -- dar, ya que éstos son educados pobremente en esos aspectos, disminuyendo la calidad de la relación médico-paciente, lo que favorece aún más el sufrimiento.

El miedo

La primera y última razón para consultar un médico es el miedo, aún el simple registro de la presión sanguínea es una -- situación de precaución de la mortalidad del paciente.(30)

El paciente calmado y relajado es tan poco común que puede hacer sospechar al médico de un comportamiento anormal.

Las personas muy miedosas son fatigantes y es desagradable trabajar con ellas, y su miedo es con frecuencia contagioso, especialmente cuando el médico está personalmente involucrado -- o identificado con sus problemas.

El tratamiento indicado de la enfermedad y del miedo --- requiere de seguridad, que es la medicina más importante proporcionada por el médico (31) Dar seguridad a los pacientes es -- esencial cuando están excesivamente ansiosos, requiriendo esto de técnicas especiales (32) y destrezas, las cuales son raramente bien conocidas en la enseñanza del médico, los que se ven forzados a gastar su tiempo haciendo aquello en lo que fueron -- insuficientemente enseñados.

La sexualidad.

El Médico está capacitado y autorizado para trabajar en áreas del cuerpo que están prohibidas a todos los demás, y, en aspectos privados de la vida del paciente que en ocasiones están disfrazados y son negados con defensas psicológicas. El paciente tiene sentimientos de ambivalencia intensos acerca del rol privilegiado del Médico, el deseo de confiar y respetar a esas personas a quienes se permite violar sus tabúes sociales y culturales. Hay miedo a que se pueda abusar de estos privilegios y poderes. El médico también es ambivalente en el deseo civilizado de respetar la modestia del paciente y prohibir la ansiedad de la desnudez emocional y física; pero, es contenido por las obligaciones que acompañan a los privilegios especiales de sus responsabilidades.

Esta situación embarazosa nunca desaparece completamente del acto de obtener una historia clínica y física. Los esfuerzos de los médicos de evitar el stress de esta situación puede resultar en una evaluación incompleta del paciente y en una asociación de sentimientos por parte del médico debido a que las demandas internas en la colección cuidadosa de datos han sido ignoradas.

Otra situación comparable es cuando se atienden miembros familiares, amigos o bien a otros médicos, siendo muy grande la carga emocional y el deseo de respetar el pudor entra en conflicto con la necesidad de obtener información clínica.

La muerte.

La muerte es vista como un fracaso del cuidado médico - tanto por los familiares del paciente y, en ocasiones, hasta por el propio médico, y su significado cultural es tan grande que el vocabulario que se utiliza está lleno de eufemismos tales como: "se clavó", "se fundió", "colgó los tenis", "pasó a interconsulta con el Patólogo", etc.

La mayoría de los médicos trabajan continuamente con el temor de la muerte o en su presencia, pero aún esta familiaridad no disminuye su impacto en él, así observamos, por ejemplo, la gran tristeza y sentimiento de fracaso de los médicos que -- dejan rápidamente la sala después de haber fracasado en una resucitación cardíaca.

Por otra parte la comunicación entre la familia del paciente y el médico frecuentemente se reduce o se rompe, cuando el paciente se está muriendo.

Así mismo explicar la verdad acerca de la muerte es un -- grave asunto social, ya que para nadie es cómodo hablar acerca de la realidad de la muerte, y todo se torna en enojo contra el médico cuando el paciente muere.

Inadecuada enseñanza en aspectos de relación médico - - paciente.

Pacientes problema.

Por lo general los pacientes que tienen algún tipo de -- desórdenes psiconeuróticos se constituyen en pacientes problema, los cuales de una manera u otra buscan cuidados médicos más fre^uentes que los pacientes ordinarios, siendo un buen porcentaje de ellos los demandantes de la atención médica. Sin embargo el médico raramente está capacitado en las técnicas necesarias para cuidar este tipo de pacientes (33,34) o no entienden sus -- propios sentimientos complicados hacia ellos, lo que favorece - la generación de stress.

Demandas de la sociedad o de pacientes que no pueden ser razonablemente tratados, ejemplo, la necesidad de certeza cuando el conocimiento médico ordinario sólo permite una aproxima-- ción.

Incertidumbre.

Mucho de la enseñanza médica consiste en aprender a ----

a superar la incertidumbre (35) con los conocimientos médicos, -- sin embargo muchas decisiones se toman de manera rutinaria y -- con conocimientos incompletos y datos incorrectos por la exigencia del paciente detener un diagnóstico definitivo, con lo que se planea la atención, el uso de recursos y el costo efectivo, -- todo esto propicia decisiones inciertas, (36,37) que generan -- stress en el médico al arriesgar sin conocer algunas enfermedades por simples que sean.

Ahora bien, en aspectos inciertos tanto el médico como -- el paciente se confabulan en simplificar el problema y decir -- mentiras; y de la ilusión de seguridad se pasa al temor, a la -- falsedad, al rompimiento de la comunicación y a nuevas consecuencias morales y emocionales para los médicos. (38)

Otra situación que origina incertidumbre es la relación a cómo miran los pacientes a los médicos, los cuales tienen una concepción de cómo deben verse, comportarse y hasta de -- cómo deben ser, y así los médicos homosexuales, de raza diferente, o que visten en forma inadecuada o cuya conducta o apariencia no corresponde a su rol, tienen un profundo efecto sobre la vida personal o familiar del médico. (39)

En el trabajo de Mawardi (39) sobre las causas de stress en la práctica médica se amplían éstas con otras que anteriormente no habían sido señaladas, y que son las siguientes: ---- (cuadro 7) El hecho de ser llamado médico impráctico o inepto, por algún error cometido en el tratamiento de algún paciente y por ello tener que sufrir las demandas legales hechas por los -- pacientes y tener que pagar los gastos correspondientes. Esto -- ha ocasionado que algunos médicos prefieran retirarse del ejercicio profesional de la medicina. Otra causa de stress es la de sentirse un tanto relegado en su capacidad clínica al tener que usar las nuevas técnicas de laboratorio, gabinete para verificar diagnósticos, y esto los hace sentirse menos y más lejos del cuidado de la salud de su paciente.

C U A D R O No. 7

NUEVAS CAUSAS DE STRESS EN LA PRACTICA MEDICA

- 1.- Ser calificado como Médico impráctico o inepto y tener que sufrir y pagar las demandas de los pacientes.
- 2.- Tener que usar las técnicas nuevas de laboratorio y gabinete para verificar diagnósticos.
- 3.- Temor a sufrir violencia contra ellos mismos y su familia por parte de los pacientes disgustados, o de sus familiares.
- 4.- Tener que someterse a revisión legal periódica para garantizar la continua competencia médica profesional.

SATISFACTIONS, DISSATISFACTIONS, AND CAUSES
OF STRESS IN MEDICAL PRACTICE. MAWARDI B.H
JAMA. 1979 April 241 (14):1483-86.

El tercer nuevo estresor encontrado en su estudio resultó ser una sorpresa y es el que se refiere a que los médicos temen la violencia contra ellos y sus familias de parte de los pacientes disgustados. Y el cuarto nuevo estresor se relaciona con el hecho de tener que pasar la revisión legal periódica para poder garantizar la continua competencia médica profesional.

EFFECTOS DEL STRESS SOBRE LOS MEDICOS.

Médicos seriamente perjudicados.

Los médicos que llegan a cometer suicidio, o que violan leyes y transgreden preceptos básicos de la ética médica o que tienen un comportamiento social inadecuado caen dentro de dos grupos: aquellos cuyas alteraciones psiquiátricas diagnósticas y aquellos cuya vulnerabilidad a las demandas de la práctica médica se expresa en actos neuróticos o irracionales, es decir, son médicos desadaptados. (9)

Médicos infelices e insatisfechos.

Muchos médicos que no están seriamente dañados están inconformes e insatisfechos con su trabajo. (39) Incluso los matrimonios y las relaciones sexuales con frecuencia son insatisfactorias para los médicos, (7,40,41) sin embargo el divorcio puede no ser más común entre ellos que en la población general. (42, 43)

Así, es imposible que se pueda proporcionar una atención médica óptima por estos médicos infelices e inadaptados, puesto que una intervención diagnóstico terapéutica requiere concentración por el médico que disfruta de su trabajo y trae a éste la estabilidad emocional derivada de su vida personal. (9)

ADAPTACIONES AL STRESS MEDICO

Todo esto, las causas y los efectos del stress, ha obligado a que se busquen adaptaciones al stress médico, entre las que se mencionan principalmente: el retiro emocional, el aislamiento social, la negación de problemas profesionales y la ironía.

EL RETIRO EMOCIONAL.

El retiro emocional se refiere al abandono de la vida -- familiar como la adaptación más común a la práctica médica. (42) Una progresiva separación de la vida familiar en los primeros -- años de ejercicio profesional, que se convierte de hecho en un -- divorcio real, donde la buena voluntad y, finalmente, la habilidad para compartir experiencias y sentimientos se pierde, por -- todas esas actividades espontáneas que interrumpen la vida del -- hogar del médico como las llamadas por teléfono de sus pacientes, por dedicarse a estudiar libros en vez de compartir con la familia, por tener que permanecer más tiempo en la oficina o por tener que regresar al Hospital en sus días libres, todo esto erosiona el tiempo y las energías necesarias para el desarrollo -- personal y familiar. (9)

AISLAMIENTO SOCIAL.

El retiro social del Médico usualmente comienza en la -- Escuela de Medicina y progresa a casi un total abandono de la -- vida social no médica al ejercer la profesión en privado. El -- aislamiento puede ser una respuesta al "rol de fatiga" resultante del trabajo profesional. (44)

Los médicos pueden retirarse socialmente para evitar que se les consulte gratuitamente en las reuniones sociales; para -- evitar que su éxito financiero sea observado por sus pacientes, ya que se espera que el médico anteponga los intereses de sus -- pacientes a los suyos personales, o propios. (45) Una mayoría de los médicos hacen esto. Y sin embargo la sociedad disfruta bien

do fracasar a un médico y piensa que es divertido cuando queda expuesto el lado humano vulnerable del médico.

NEGACION DE PROBLEMAS PROFESIONALES.

Con frecuencia los médicos y los pacientes conspiran para negar la complejidad, las dudas, la incertidumbre, las limitaciones y las tragedias intrínsecas a la práctica médica.(9) - El abuso de las pruebas de laboratorio rutinarias sugieren que es responsable de una deficiente preparación profesional o de falta de conocimiento del costo de los estudios y de una pereza intelectual culpable de su propia ignorancia como médico, pues muchas pruebas de laboratorio son usadas como ayuda contra el temor y la incertidumbre cuando no sabe a qué problema se está enfrentando clínicamente; o se piden electrocardiogramas innecesarios en pacientes con crisis de dolor en el pecho como placebos que dan una falsa seguridad y con lo que se oculta la ineptitud.(46)

IRONIA.

Esta situación es muy frecuente en la etapa de residente, si bien persiste en la de práctica profesional privada solo como un humor seco, pero el lado irónico es virtualmente inexistente fuera de los programas educativos.

Habiendo consumido un tercio de sus vidas adultas en preparar la práctica médica profesional, los médicos tienen comprensiblemente repugnancia a reconocer la inconformidad psicológica con las fundamentales actividades profesionales o el conflicto entre mantener las expectativas y las realidades de la práctica privada diaria. Sin embargo no todo es negativo, ya que también la práctica médica brinda muchas satisfacciones a lo largo de la vida, con las que el médico alimenta su autoestima y el deseo de superación personal. (cuadros 6 y 9)

C U A D R O No. 8

CAUSAS DE STRESS EN LA PRACTICA MEDICA

SATISFACCIONES E INSATISFACCIONES

SATISFACCION	PORCENTAJE DE MEDICOS PRIVADOS.	PORCENTAJES DE MEDICOS INSTITUCIONALES.
CERTEZA DIAGNOSTICA Y EXITOS TERAPEUTICOS.	53	33
SERVICIOS A LA HUMANIDAD Y BUENAS RELACIONES MEDICO PACIENTE.	50	17
RESPECTO Y APRECIO POR LOS PACIENTES Y LA COMUNIDAD.	29	19
ENSEÑANZA.	9	31
INVESTIGACION.	1	42
ADMINISTRACION.	-	6

MAWARDI B.H. SATISFACTIONS, DISSATISFACTIONS AND CAUSES OF STRESS IN MEDICAL PRACTICE. JAMA. 1979; 241:483-6.

CUADRO No. 9

CAUSAS DE STRESS EN LA PRACTICA MEDICA
SATISFACCIONES E INSATISFACCIONES

INSATISFACCION	PORCENTAJE DE ME DICOS PRIVADOS.	PORCENTAJE DE MEDICOS INSTITUCIONALES.
PRESIONES DE TIEMPO.	47	25
FRACASO TERAPEUTICO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES.	25	11
DETALLES DE OFICINA Y PAPELERIA	24	17
PROBLEMAS CON OTROS MEDICOS.	9	11
CONSIDERACIONES FINANCIERAS.	8	6
INSUFICIENTES FACILIDADES MEDI- CAS.	7	6
ATSLAMIENTO DEBIDO A LA ESPECIA LIZACION.	3	-
LIMITACIONES PERSONALES EN CONQ CIMIENTO Y HABILIDADES.	3	3
ADMINISTRACION Y COMITES DE TRA BAJO.	2	25
LIMITES DE CIENCIA.	2	8
POLITICAS ACADEMICAS.	-	8
ASPECTOS DE ENSEÑANZA.	-	6

MAWARDI B.H. SATISFACTIONS, DISSATISFACTIONS AND CAUSES
OF STRESS IN MEDICAL PRACTICE. JAMA. 1979; 241:483-6.

MECANISMOS DE SUPERACION DEL STRESS

EN NO GRADUADOS.

Tanto el Dr. Jenny Firth (13) en su estudio sobre el stress en los estudiantes, como el Dr. Mc Cue (26) en su estudio del distress del internado señalan que las formas como los no graduados superan el stress son:

- a) Asociándose en pequeños grupos de estudio y camaradería, a los que llaman "grupos soporte" o "grupos de apoyo".
- b) Asistiendo a centros de recreación (deportivos, cine, baile, y cantinas)
- c) Expresando sus emociones a través del llanto o con sentimientos de depresión.
- d) Incrementando el uso de cigarrillos.
- e) A través del uso de bebidas alcohólicas, y
- f) Buscando desahogos sexuales.

En todas estas formas de superación del stress el denominador común resulta ser la liberación de la angustia generada por todas las causas anteriormente enunciadas de stress entre los estudiantes de Medicina, y los Internos de Progrado en fase de adiestramiento práctico en áreas hospitalarias.

Se ha visto que quienes no canalizan adecuadamente su angustia llegan a padecer diferentes estados psicopatológicos que pueden llegar a incapacitarlos para continuar su carrera profesional. (26)

EN GRADUADOS (RESIDENTES)

La falta de descripciones adecuadas de todos los efectos del stress de la Enseñanza y práctica médica sobre los médicos y de cómo estos efectos alteran sus vidas personales y familiares, la entrega a su trabajo y la satisfacción del cuidado médico que otorgan, impide la investigación adecuada de este punto. (19) Sin embargo, y hasta donde se conoce, la naturaleza humana de estas personas busca vías de escape, de liberación de la --- tensión nerviosa a través de diferentes mecanismos, los autores de los artículos analizados encontraron los siguientes: (cuadro no. 10)

El 40% de los Residentes incluidos en el estudio del Dr. Howard (23) dieron como respuesta que superaban el stress comunicando sus problemas o se desahogaban comentándolos con otros residentes, con sus familiares, amigos o con otras personas. -- Otro 26% dijeron haberse "adaptado al stress", ajustando sus -- actitudes y sentimientos para con los estresores. El 19% reportó que un factor importante para superar el stress fue el uso - estratégico del tiempo, tal como hacer una lista diaria de las prioridades de trabajo o eliminando tareas importantes pero no esenciales. Sólo el 13% mencionaron que ellos afrontaban el --- stress expresando sus emociones a través del llanto, gritando, enojándose, o con sentimientos de depresión. Y el restante 2% - del estudio reportaron beber alcohol para ayudarse a sentir la calma de la tensión. En este aspecto los diferentes autores con sideraron que hubo una "conspiración de silencio" entre los residentes respecto al uso del alcohol.

También se anotó que algunas rotaciones durante el año - hacen la Residencia emocionalmente más estresante, y que la enseñanza médica no fomenta la expresión de las emociones, sino - que durante esta etapa de enseñanza médica los sentimientos y - las emociones son suprimidas para prevenir la pérdida del control o ecuanimidad, y para conservar la energía requerida para sobrevivir.(22)

C U A D R O No. 11
MECANISMOS DE SUPERACION DEL STRESS EN LOS
RESIDENTES MEDICOS.

MECANISMOS	No.	%
1- Comunicando o desahogando sus problemas con otros Residentes, familiares o amigos.	55	40
2- Se "adaptaron al stress"	36	26
3- Uso estratégico del tiempo	26	19
4- Expresando sus emociones a través del llanto, enojándose, o con sentimientos de depresión.	18	13
5- A través del uso del alcohol.	3	2

T O T A L 138 100

HOWARD R. STRESS AND COPING MECHANISMS IN A GROUP
 OF FAMILY PRACTICE RESIDENTS. J. MED. EDUC. 1985
 JUL; 60 (7):564-6.

En consecuencia, los Residentes deben competir con sus propios sentimientos, en un sentido que no es obvio para los pacientes, o para los otros médicos, ni para sus familiares o sus amigos.

De igual manera se les preguntó cómo concluían un día de arduo trabajo (cuadro 13). Entre las respuestas mencionaron que preferían agotar el tiempo tranquilamente dedicándose a ellos mismos, o compartiéndolo con sus familiares y amigos; participando en actividades físicas; dedicando el tiempo a sus familiares, o durmiendo. Muchos residentes probablemente regresaron a casa muy cansados de tal manera que no compartieron tiempo ni con su familia ni con sus amigos, lo que puede hacer que ellos lleguen a tener sentimientos de culpa por "ignorar la familia".

Finalmente se les preguntó a los residentes de quiénes recibían apoyo y a donde se dirigían para comentar sus asuntos personales. En general contestaron que el apoyo lo recibían de las personas que estaban cerca de ellos, pero generalmente es difícil mantener relaciones completas durante los dos años de la Residencia. La mayor parte de los residentes están muy unidos a sus familiares, especialmente a la esposa, o bien a otra persona confidente y cuentan con su apoyo durante las etapas de mayor stress. Parece que los problemas serios empiezan cuando los residentes no tienen tiempo suficiente para su desarrollo personal o para mantener sus relaciones anteriores, lo que puede inducir la pérdida de sus amigos o a tener conflictos interpersonales.

C U A D R O No. 11

MANERA DE CONCLUIR UN DIA DE TRABAJO ARDUO

M A N E R A	% DE RESPUESTAS.
1.- DEDICARSE EL TIEMPO A SI MISMO. (escuchar radio, leyendo, etc)	27
2.- HACER VIDA SOCIAL CON AMIGOS Y LA FAMILIA.	23
3.- ACTIVIDADES FISICAS	18
4.- DEDICAR EL TIEMPO A LA FAMILIA, A LA ESPOSA (O)	18
5.- DORMIR	12
6.- USO DE ALCOHOL	2
7.- USO DE MARIHUANA O DROGAS	0

HOWARD R. STRESS AND COPING MECHANISMS IN A GROUP OF FAMILY PRACTICE RESIDENTS. J. MED. EDUC. 1985 JUL; 60 (7): 564-6.

PREVENCION DEL STRESS

Básicamente se puede decir que es posible reducir el stress tanto del estudiante de Medicina, como del Residente y del Médico en ejercicio profesional al identificar la causa del stress (47). Sólo de esa manera puede vencerse el temor de un desempeño inadecuado que puede causarles ignorar su propio desarrollo personal, su trabajo y su desarrollo profesional (27).

EN NO GRADUADOS.

El Dr. Jenny Firth indica que podrían prevenirse los efectos devastadores del stress en los no graduados mediante las siguientes medidas:

- a) Identificar las causas de stress para evitarlas o disminuirlas, y así bajar los niveles de stress en los estudiantes.
- b) Dar retroalimentación formal sobre las causas del stress para poder superarlo.
- c) Como el principal estresor en ellos es la gran cantidad de material por aprender, se debería reducir la cantidad de material que el estudiante debe dominar, así como disminuir el grado de dificultad de los exámenes.
- d) Establecer entrevistas psicológicas de apoyo, en forma periódica en un servicio de Orientación vocacional y Psicología.

EN GRADUADOS (RESIDENTES).

Basados en la Literatura y en los resultados del estudio del Dr. Howard (23) las recomendaciones específicas sugeridas - para tratar el problema del stress en los programas de la Residencia Médica son:

- a) Establecer grupos de ayuda para los Residentes y sus esposas, a cargo de los mismos Residentes, pero en coordinación con - el grupo administrativo y la Facultad. Las discusiones pueden centrarse alrededor de las impresiones recibidas y de otros asuntos de interés mutuo.
- b) Proveer de modelos de rol y de consejeros a los Residentes.
- c) Asignar a un Residente de mayor jerarquía para cada Residente de primer año o de nuevo ingreso, para servirle como ase sor y consejero. Esto podría ser arreglado y coordinado por cada Residente Jefe en el programa.
- d) Desarrollar programas o actividades que fomenten la unidad - de los Residentes de una forma informal, lo mismo para las - esposas y los familiares.
- e) Analizar las causas de stress y el tiempo manejable de sobre carga, tanto al principio como a la mitad del año académico, enfocados principalmente sobre los problemas de ser Residente y sobre los estresores que probablemente ocurran en la -- práctica médica, y las formas apropiadas de superarlos.
- f) Seguir y aprovechar la ventaja del consejo y de los recursos puestos al servicio de los Residentes, ambos por el Departam^{en}to o la Universidad.

EN LA PRACTICA MEDICA.

El Dr. Mawardi (39) señala las siguientes actividades -- que podrían ayudar a prevenir los efectos del stress entre los médicos en práctica profesional:

- a) Organizándose en grandes o pequeños grupos para el ejercicio de la profesión médica.
- b) Salir a pasear con regularidad, de ser posible a diario.
- c) Descansar los fines de semana, cambiando se actividad.
- d) Fomentar algun tipo de actividad física o deportiva.
- e) Tomar períodos de vacaciones en forma regular.

La organización en grupo alivia el stress de los factores de tiempo y sobrecarga de trabajo. Así como también los grupos proporcionan relaciones de amistad y camaradería, que ayuda a disipar la soledad profesional o el aislamiento social del médico.

CONCLUSIONES.

Es evidente que todas estas causas que propician o generan niveles altos de stress en los Médicos, de una u otra manera determinan su comportamiento y el daño a su salud mental. (23) Si bien los países desarrollados tienen problemas de stress en sus Residentes a pesar del apoyo que reciben, queda por conocer la problemática del Residente mexicano, con las carencias tan notorias que se viven, lo cual aumenta las posibilidades de enfermar en el terreno social, familiar, conductual y biológico. ¿Cuántos de los residentes médicos tendrán presente alguna de estas patologías a consecuencia del stress que han experimentado durante su período de Residencia?

El stress varía de persona a persona y hace reflejar los diferentes tipos de mecanismos de superación para combatirlo, - así como los sistemas de ayuda social y mental. El stress es -- probablemente más una función del individuo que de la profesión. Por eso los Residentes tienen que aprender a equilibrar las demandas de su trabajo con las de su vida personal. (48)

Sin duda alguna, una de las metas de la Educación Médica y la Enseñanza debe ser tratar de prevenir los problemas relacionados con el stress, tales como el alcoholismo, el abuso de sustancias tóxicas, la depresión, las ideas suicidas, el suicidio mismo, la enfermedad arterial coronaria y las desavenencias maritales en los estudiantes de Medicina, en los Residentes y - en los Médicos en ejercicio profesional. (48)

Por lo expuesto es evidente que el riesgo del Médico a - un daño importante en su salud mental es alto, y que este se -- inicia desde el primer año de enseñanza médica, hasta su retiro, no existiendo compensación entre el daño a su salud y las gratificaciones que recibe, sean afectivas o económicas. Así es necesario que se analice la siguiente reflexión: ¿cuántos de los -- problemas familiares existentes en su vida privada son propicia dos por el ejercicio de su Profesión Médica?

BIBLIOGRAFIA

- 1.- El Médico y el stress. (1a. parte). Sánchez M. Atención Médica. Medicina Práctica Actualizada. 1985. Oct. 30-6.
- 2.- Howard L. Stress in Family Practice Residents. Can.-- Family Physician. 1986 Feb. 319-23.
- 3.- Roeske N.C. A. Stress and the Physician. Psychiatr. Ann., - 11:245-258, 1981.
- 4.- Lloyd C, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical - - - students. Compr. Psychiatry 1984; 25:552-65.
- 5.- Hunter RCA, Prince RH, Schwartzman AE. Comments on emotional disturbances in a medical undergraduate population. JAMA - 1961; 83:989-92.
- 6.- Saslow G. Psychiatric problems of medical students. J Med. Educ. 1956; 31:27-33.
- 7.- Vaillant G, Sobowale D, Mac Arthur C. Some psychological - vulnerabilities of Physicians. N Engl J Med. 1972; 278:372-5.
- 8.- Vincent MO. Some sequelae of stress in Physicians. Psychiatr J Univ Ottawa 1983; 8:102-4.
- 9.- Mc Cue JD. The effects of stress on Physicians and their - practice. N Engl J Med. 1982; 306:458-63.
- 10.- Pitts FN, Winokur G, Stewart MA. Psychotic syndromes - - - anxiety symptoms and response to stress in medical students. Am J Psychiatry 1961; 118:333-40.
- 11.- Lloyd C, Gartrell NK. A further assessment of medical - - - school stress. J Med Educ 1983; 58:964-7.
- 12.- Garvey M, Tuason VE. Physicians marriages. J Clin Psychol - 1979; 40:129-31.
- 13.- Firth J. Levels and sources of stress in medical students. Brit Med J. May. 292(3): 1177-80. 1986.
- 14.- Salmons PH. Psychiatric illness in medical students. - - Brit J Psychiatry 1983; 143:505-8.

- 15.- Funkenstein DH. The learning and personal development of -- medical students and the recent changes in Universities and medical schools. J Med Educ., 43:883-97, 1968.
- 16.- Rosenberg PP. Students' perceptions and concerns during - - their first year in medical schools. J Med Educ. 46:211-18, 1971.
- 17.- Boyle BP. and Coombs RH. Personality profiles related to - emotional stress in the initial year of medical training.- J Med Educ. 46:882-88, 1971.
- 18.- Coburn D. and Jovaisas AV. Perceived sources of stress - - among first year medical students. J Med Educ. 50:589-95. 1975.
- 19.- Edwards ME. and Zimet CN. Problems and concerns among medi- cal students- 1975. J Med Educ. 51:619-25, 1976.
- 20.- Huebner LA, Royer JA. and Moore J. The assessment and - -- remediation of dysfunctional stress in medical school. - - J Med Educ. 56:547-58, 1981.
- 21.- Lloyd C. and Gartrell HK. Sex differences in medical stu- dent mental health. Am. J Psychiatry, 138:1346-51, 1981.
- 22.- Tokarz JP, Bremer W. Peters K. Beyond survival: a book - - prepared by and for resident physicians to meet the challenge of the impaired. Chicago: American Medical Association, - - 1979: 5-14.
- 23.- Howard R. Stress and coping mechanisms in a group of - - - Family practice Residents. J Med Educ. 1985 Jul; 60:(17): 564-6.
- 24.- Nelson EG, Henry WF. Psychological factors seen as problems by Family Practice Residents and their spouses. J Fam Pract. 1978; 6:581-9.
- 25.- Hawk JE. Sources and levels of stress in Family Practice - Residents; a descriptive study. Fresno, CA: California - - School of professional Psychology, unpublished doctoral - - dissertation, 1982.

- 26.- Mc. Cue JD. The distress of internship. *N Engl J Med.* - - -
1985; 312:449-52.
- 27.- Ziegler JL, Kanas N, Strull WM, Bennett NE. A stress discussion group for medical interns. *J Med Educ.* 1984; 59:205-7.
- 28.- Russell AT, Pasnau PO, and Taintor ZC. The emotionally - -
disturbed psychiatric resident. *Am. J Psychiatry.* 1977; --
134:59-69.
- 29.- Valko RJ. and Clayton PJ. Depression in the internship. - -
Dis. Nerv. Syst. 1975; 30:26-29.
- 30.- Pox RC. Address delivered to faculty and residents at Cleveland Metropolitan General Hospital, 1981, May 5.
- 31.- Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: Pitman, 1964.
- 32.- Sapira JD. Reassurance therapy: wath to say to symtomatic -
patients with benign diseases. *Ann Intern Med.* 1972; 77: --
603-4.
- 33.- Drossman DA. The problem patient: evaluation and care medical patients with psychosocial disturbances. *Ann Intern Med.* 1978, 88: 366-72.
- 34.- Schildkront E. Medical residents' difficulty in learning and utilizing a psychosocial perspective. *J Med Educ.* 1980; 55:-
962-4.
- 35.- Tompkins RK. Burnes LC. Cable WE. An analysis of the cost-effectiveness of pharyngitis management and acute rheumatic fever prevention. *Ann Intern Med.* 1977; 86:481-92.
- 36.- Komaraff AL. a management strategy for sore throat. *JAMA.* -
1978; 239: 429-32.
- 37.- Bok S. Lying: moral choice in public and private life. - --
New York: Pantheon, 1978.
- 38.- Mc Cue JD. Private practice: surviving the first year. - -
Lexington, Mass.: Collamore Press, 1982.

- 39.- Mawardi BH. Satisfactions, dissatisfactions and causes of - stress in medical practice. JAMA. 1979; 241: 483-6.
- 40.- Scheiber SC. Emotional problems of physicians: I. nature -- and extent of problems. Ariz Med. 1977; 34: 323-5.
- 41.- Rose KD. Rosow I. Marital stability among physicians. Calif. Med. 1972; 116(3): 95-9.
- 42.- Fine C. Married to medicine: an intimate portrait of doctors' wives. New York: Atheneum, 1981.
- 43.- Werber R. A doctors' wife interviews 100 doctor's wives. - Physician Manage. 1980; 20(11):63-8.
- 44.- Halenar JP. Doctors don't have to burn out. Med Econ. 1981; 58(21): 148-61.
- 45.- Parsons T. ed. The social system. Glencoe, III.: Free Press. 1951:428-79.
- 46.- Greenland P. Mushlin AI. Grinor PP. Discrepancies between - knowledge and use of diagnostic studies in asymptomatic --- patients. J Med Educ. 1979; 54:863-9.
- 47.- Firth JA. The stress of medical training. In payne R. Firth J., eds. Stress in the health professions. Wiley: Chichester (in press).
- 48.- Siegel B. Donnelly JC. Enriching personal and professional development: the experience of a support group for interns. J Med Educ. 1978; 53: 908-14.