

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA

**FRECUENCIA Y COMPARACIÓN DE ESTILOS EMOCIONALES Y
ESPECIALIDAD MÉDICO – QUIRURGÍA EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO
DEL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES,
COHORTES 2018-2019**

www.bdigital.ula.ve

AUTOR: Fedy Chtay Ammar

TUTOR: DR. Ignacio Sandia

COTUTOR: DR. Trino José Baptista Troconis

MÉRIDA – VENEZUELA, 2019

C.C Reconocimiento

**FRECUENCIA Y COMPARACIÓN DE ESTILOS EMOCIONALES Y
ESPECIALIDAD MEDICO – QUIRURGÍA EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO
DEL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES,
COHORTES 2018-2019**

www.bdigital.ula.ve

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL
MÉDICO CIRUJANO FEDY CHTAY AMMAR, PASAPORTE: AS
445.680, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE
MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE PSIQUIATRA.**

AUTOR:

Fedy Chtay Ammar, residente del postgrado de psiquiatría, para realizar la tesis de acreditación como especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

TUTOR:

Dr. Ignacio Sandía, Profesor Asociado. Departamento de Medicina, ULA. Especialista en Psiquiatría de la Universidad Central de Venezuela. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

COTUTOR:

Dr. Trino Baptista, Profesor titular. Departamento de Fisiología, ULA. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, fuente inagotable de Poder y Sabiduría.

A mi padre Hassan Chtay y mi madre Walida Ammar, fuente de lucha constante; quienes me brindaron su apoyo y amor incondicional y siempre creyeron en mí; agradezco sus bendiciones.

A mis Hermanos, especialmente a Chedy Chtay por su apoyo inigualable.

A mi tutor, el doctor Ignacio Sandía, quien ha sido un maestro; gracias por su orientación, su tiempo, su acompañamiento, su estima, su paciencia y por sus conocimientos compartidos para mi formación académica y profesional. A usted, gracias por creer en mi proyecto.

A mi cotutor, el doctor Trino Baptista, por contar siempre con su ayuda y colaboración para mi crecimiento profesional.

A mis colegas Fabiola Martínez, Lisseth Galué y Luis Berrocal, por su valioso apoyo y ayuda, gracias por aparecer en el momento indicado de formación académica y profesional; espero que con el tiempo podamos compartir otros proyectos y metas.

A los psiquiatras del postgrado de psiquiatría de la Universidad de los Andes y del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, que a lo largo de mi trayectoria formativa contribuyeron con su esfuerzo y dedicación para mi crecimiento profesional, su guía me servirá de ejemplo.

A la doctora Leticia Guarino, por su colaboración en el proceso de la investigación.

A Venezuela y a la ilustre Universidad de los Andes por abrirme sus puertas y permitirme formarme como Médico Psiquiatra.

DEDICATORIA:

Dedicado a mis padres por su apoyo, dedicación y confianza.

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	<i>iv</i>
DEDICATORIA.....	<i>v</i>
ÍNDICE GENERAL.....	<i>vi</i>
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	<i>viii</i>
ÍNDICE DE TABLAS.....	<i>ix</i>
RESUMEN.....	<i>x</i>
ABSTRACT.....	<i>xi</i>
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4. MARCO REFERENCIAL.....	15
1.4.1. MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.4.1.1. Postgrado de Medicina.....	15
1.4.1.2. Postgrado Clínico.....	15
1.4.1.3. Postgrado Quirúrgico.....	16
1.4.1.4. Personalidad	16
1.4.1.5. Trastornos de personalidad.....	16
1.4.1.6. Rasgos de personalidad.....	17
1.4.1.7. Cuestionario de Estilo Emocional.....	17
1.4.1.8. Rumiación.....	20
1.4.1.9. Inhibición Emocional.....	20

1.5. MARCO DE ANTECEDENTES.....	20
1.6. MARCO DEMOGRÁFICO.....	27
1.7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	28
1.8. OBJETIVOS.....	28
1.8.1. OBJETIVO GENERAL.....	28
1.8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
2. MARCO METODOLÓGICO.....	29
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
2.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....	30
2.3. VARIABLES.....	30
2.3.1. Variable explicativa.....	30
2.3.2. Variable objeto de estudio.....	30
2.3.3. Variables intervinientes.....	30
2.4. PLAN DE ANALISIS.....	30
3. RESULTADOS.....	32
4. DISCUSIÓN.....	40
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
6. BIBLIOGRAFIA.....	52
ANEXO 1.....	57
ANEXO 2.....	59
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos		Pág.
1	Puntaje promedio de la escala rumiación (Cuestionario Estilo Emocional) de los médicos residentes de nuevo ingreso según postgrado. IAHULA. Periodo 2018-2019	36
2	Puntaje promedio de la escala inhibición emocional (Cuestionario Estilo Emocional) de los médicos residentes de nuevo ingreso según postgrado. IAHULA. Periodo 2018-2019	37

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Características de los médicos de nuevo ingreso a postgrados médico-quirúrgicos por cohorte. IAHULA. Periodo 2018-2019	34
2	Comparación de las escalas del Cuestionario de Estilo Emocional versión hispana (CEE) por tipo de postgrado de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019	35
3	Comparación de las escalas del Cuestionario de Estilo Emocional versión hispana (CEE) por sexo de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019	38
4	Comparación de las escalas del Cuestionario Estilo Emocional versión hispana (CEE) por edad de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019	39
5	Comparación de las escalas del Cuestionario Estilo Emocional versión hispana (CEE) por estado civil de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019	39
6	Comparación de las escalas del Cuestionario Estilo Emocional versión hispana (CEE) por nacionalidad de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019	40

RESUMEN

El médico residente es un profesional en proceso de formación, en el que las emociones y motivaciones en llevar a cabo durante el desarrollo de la especialidad repercuten en su desempeño personal/profesional. El estilo emocional es uno de los elementos críticos en un examen psiquiátrico/psicológico. En este estudio de tipo descriptivo, comparativo y transversal se comparó estilos emocionales y tipo de postgrado médico-quirúrgico seleccionado por médicos residentes de nuevo ingreso (cohortes 2018 y 2019) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela). El instrumento seleccionado para esta investigación es el Cuestionario de Estilo Emocional versión hispana (CEE), adaptado y validado previamente en Venezuela.

Los datos recolectados fueron almacenados en Excel y luego procesados y analizados con el paquete estadístico IBM SPSS versión 22. La muestra fue constituida con 183 médicos (66,67% aspirantes a postgrados clínicos y 33,33% a postgrados quirúrgicos), encontrándose significancia estadística ($P < 0,05$) en cuanto a la inhibición emocional, siendo esta más notoria en los postgrados quirúrgicos, y en sus aspirantes de sexo masculino. En los aspirantes a postgrados clínicos se encontró una tendencia a la rumiación emocional, pero a nivel descriptivo.

Palabras clave: Cuestionario de Estilo Emocional, estilo emocional, postgrado médico-quirúrgico.

ABSTRACT

The resident physician is a professional in the process of formation, in which the emotions and motivations in carrying out a specialty, affect their personal/professional performance. The Emotional Style is one of the critical elements in a psychiatric/psychological examination. This study was realized in a descriptive, comparative and transversal type, the emotional styles and the type of medical-surgical postgraduate were compared, selected by the first-year resident physician (cohort 2018 and 2019) of the Autonomous University Hospital of the Andes (Mérida, Venezuela). The instrument selected for this research is The Emotional Style Questionnaire (ESQ) in its Spanish version, adapted and validated in Venezuela, which showed good reliability and validity in this country.

The data collected were stored in Excel and then processed and analyzed with the statistical package IBM SPSS version 22. The sample constituted by 183 physicians (66.67% aspirants of clinical postgraduate's and 33.33% surgical postgraduate's) and was found a statistical significance ($P < 0,05$) in emotional inhibition, this issue was more noticeable in the surgical postgraduate and male aspirants. In the clinical postgraduate aspirants was found a tendency to emotional rumination, but at a descriptive level.

Keywords: Emotional Style Questionnaire, emotional style, medical-surgical postgraduate.

1 INTRODUCCIÓN

El descontrol en la salud mental de origen emocional constituye uno de los problemas de salud pública más relevante tanto a nivel nacional como internacional y más en esta época de constantes cambios en todas las esferas de nuestra vida en la que se nos exige estar preparados para enfrentarlos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012¹, alertó que alrededor de 350 millones de personas la padecen, todos esos cambios en los índices emocionales son un trastorno incapacitante, porque afecta las áreas familiares, educativas, laborales y sociales. Las pruebas psicométricas utilizadas con bastante frecuencia por los psicólogos y psiquiatras ayudan en gran medida a detectar en sus primeros inicios los cambios psicológicos que repercuten sobre las emociones.

Conocer los aspectos emocionales de un individuo y su perfil de rasgos patológicos proporciona al clínico una rica base de información para la planificación del tratamiento y para la predicción del curso de muchos trastornos mentales; el uso de pruebas psicométricas nos aporta un resultado objetivo y medible, y de aquí su importancia, evidenciado en diversos estudios con miras a este objetivo. Un soporte válido para esto y basados en el grupo de investigación de Roger et al.^{2,3,4}, son las escalas desarrolladas específicamente en el contexto del estrés y así probar hipótesis sobre las diferencias individuales frente a diversos estresores; por otro lado, en relación a los agentes estresantes como factor de riesgo para la salud, Verloisse Herrera aplicando una batería de pruebas psicométricas⁵, demuestra que características como la sensibilidad egocéntrica negativa y la adopción de formas de afrontamiento poco funcionales derivan en un mayor deterioro de la salud física y psicológica en individuos que enfrentan situaciones estresantes; o lo evidenciado por la doctora Leticia Guarino en la construcción de la Escala de Sensibilidad Emocional donde intentó abordar las

deficiencias de las medidas tradicionales de neuroticismo o la labilidad emocional, y apuntar a evaluar una gama más amplia de reacciones emocionales, donde evaluó la tendencia a experimentar un negativo autocontrol de la Emocionalidad y la tendencia de percibir e identificar emociones en otros, así como simpatizar y preocuparse por el bienestar de los demás^{6,7,8}.

Teniendo en cuenta lo planteado, y conociendo que el proceso de selección de aspirantes a los postgrados médico-quirúrgicos está basado en el resultado de la evaluación de conocimientos teóricos, es importante considerar los aspectos emocionales de este grupo de médicos, para así detectar precozmente dificultades que pueden interferir en su rol académico diario y su relación con el paciente, esto con el fin de establecer programas para trabajar las fortalezas y debilidades emocionales obteniendo un mejor desempeño durante el curso de posgrado.

El Cuestionario de Estilo Emocional es un instrumento de gran validez para ser implementado en los residentes de primer año, ya que su adaptación y validación de la versión hispana como prueba complementaria cuenta con buena fiabilidad y validez en Venezuela⁷. Al aplicar estas pruebas, encontramos que la escala denominada rumiación ha sido definida como una serie de ideas recurrentes, repetitivas, intrusivas, pasivas e indeseadas acerca de la propia tristeza, su origen, sus posibles causas y consecuencias^{9,10}; se dice que aparece como una forma de reacción ante la tristeza, por lo que se constituye una forma de afrontamiento que puede ser desadaptativa. A continuación, se presenta el planteamiento del problema, seguidamente una profundización de lo que son los distintos antecedentes relacionados con los estilos emocionales y su influencia en los cambios de personalidad. Por otro lado, se expone todo lo relacionado al tipo de investigación, el universo y la muestra y finalmente se

muestran los resultados, conclusiones y recomendaciones que ofrecen una alternativa de tratamiento con el fin de disminuir las secuelas emocionales y la mortalidad que estas enfermedades ocasionan.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pruebas de personalidad psicométricas han sido utilizadas en todas las áreas de trabajo del psicólogo, miden de manera estructurada los rasgos de personalidad, motivación, adaptación personal, sintomatología psiquiátrica, habilidades sociales y características actitudinales. Actualmente se aplican diversas pruebas psicológicas para los postgrados de psiquiatría en la gran mayoría de universidades y para la admisión en el pregrado de psicología, siendo una condición necesaria para aspirar a ser profesional en este campo.

Esta investigación pretende identificar si existen estilos emocionales comunes en los residentes que cursan diferentes especialidades médico-quirúrgicas, precisándolo con la aplicación del Cuestionario de Estilo Emocional. Se hace importante debido que al detectar determinado estilo emocional en los admitidos a los postgrados médico - quirúrgicos, se tendrá una evidencia de factores propios de la personalidad y de las emociones que influyen en la elección del tipo de postgrado médico-quirúrgico a cursar; de llegar a ser comprobada esta hipótesis se podría implementar como instrumento de preselección a los aspirantes de los posgrados médico-quirúrgicos, admitiendo así el personal idóneo según el estándar de calidad que pretende tener cada una de las especialidades médicas y de forma preventiva evitar futuras deserciones y conflictos de los médicos residentes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe una asociación entre estilo emocional específico y el área general de postgrado (clínica o quirúrgica) seleccionado por el residente?

1.3 JUSTIFICACIÓN

De ser afirmativa la respuesta al problema planteado, se podrían identificar los estilos emocionales que predominan en cada especialidad, permitiendo contar con una herramienta de selección de residentes que se acomode más a las necesidades específicas de cada especialidad y al bienestar integral del médico cursante. Si bien en el proceso de selección de aspirantes el resultado de la evaluación de conocimientos teóricos es fundamental, es muy importante considerar las fortalezas y debilidades psicológicas de los médicos aceptados con el fin de detectar potenciales dificultades y establecer programas para trabajar los aspectos que permitan un mejor desempeño durante el curso de posgrado¹¹.

1.4 MARCO REFERENCIAL

El marco conceptual describe los conceptos de: postgrado de medicina, postgrado clínico, postgrado quirúrgico, trastorno de personalidad, rasgos de personalidad, el significado del Cuestionario de Estilo Emocional, rumiación e inhibición emocional.

1.4.1 MARCO CONCEPTUAL

1.4.1.1 Postgrado de Medicina: Es la continuación de los estudios de medicina que permite al médico trascender la formación generalista médico-quirúrgica, ampliando así su horizonte profesional¹².

1.4.1.2 Postgrado área Clínica: Especialización en el arte de la clínica y el

diagnóstico Médico y la implementación de diversas terapias orientadas a la cura de las enfermedades¹².

1.4.1.3 Postgrado área Quirúrgica: Especialización en el arte y desarrollo de habilidades quirúrgicas como modelo de cura de las enfermedades^{9,12}.

1.4.1.4 Personalidad: Es el conjunto de rasgos mentales estables y permanentes que según Allport "...conlleva la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su adaptación al ambiente...". El doctor Arturo Cuesta, en su libro Psicopatología de la Personalidad lo describe como "... el concepto personalidad debe ser definido como la organización dinámica de los aspectos intelectuales, afectivos, volitivos y fisiológicos del ser humano; es decir la totalidad de las aptitudes, la cualidades psíquicas heredadas (temperamento) y adquiridas (carácter)"^{9,12}.

1.4.1.5 Trastorno de personalidad: se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. También se considera una alteración mental que consiste en la presencia de varios rasgos de la personalidad inflexibles, extraños y desadaptados que causan un deterioro importante en el rendimiento del enfermo y en sus relaciones interpersonales o sufrimiento significativo en sí mismo o en las personas allegadas^{9,12}. Según el doctor Arturo Cuesta en su libro Psicopatología de la Personalidad "... son estados permanentes, constituidos por desviaciones cuantitativas con respecto al carácter de la persona llamada "normal"; estos estados no se hallan marcados, como los estados neuróticos o psicóticos, por la presencia de síntomas psíquicos

clínicamente evidenciables. Se caracterizan por las formas de comportamiento, los estilos de conducta considerados como patológicos; los síntomas psíquicos si existieran, serían episódicos o permanecerían en un segundo plano”^{9,12}.

1.4.1.6 Rasgos de personalidad: los rasgos son constructos que permiten describir a las personas, sus diferencias individuales y predecir su comportamiento. La personalidad es un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida^{9,12}.

1.4.1.7 Cuestionario de Estilo Emocional: Este cuestionario fue adaptado y validado de la versión hispana abreviada del Emotional Style Questionnaire (ECQ), propuesto inicialmente por Roger et al.^{2,13}; la escala original de 56 ítems quedó finalmente reducida a 40 ítems con cuatro factores, agrupados de la siguiente forma: 11 ítems saturando en el factor de Rumiación, 11 ítems en el factor de Control de la Agresión, 9 ítems para el factor Inhibición Emocional y 9 ítems para Control Benigno. La dimensión de Rumiación medía la tendencia de los individuos a mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado; por otro lado, la Inhibición Emocional se refería a la inhibición en la expresión de las emociones experimentadas⁷. El factor de Control de la Agresión agrupó a los ítems referidos al control de las respuestas agresivas; mientras que el Control Benigno estuvo básicamente referido a respuestas sobre el control de la impulsividad. Con respecto al estudio de validez concurrente para este cuestionario, puede decirse que, en general,

las escalas de Control de la Agresión y Control Benigno correlacionaron inversamente y en forma significativa con escalas de impulsividad⁷. Por otro lado, la escala de Rumiación correlacionó positiva y significativamente con una escala de neuroticismo y a su vez con la escala de Inhibición Emocional. En un estudio posterior, Roger et al.², propusieron el ECQ2, cuestionario de 56 ítems que replicó la estructura de cuatro factores descrita anteriormente, pero conteniendo ahora 14 ítems en cada dimensión como resultado del nuevo análisis factorial⁷. Los índices de fiabilidad y consistencia interna para esta nueva versión fueron bastante aceptables para todas las escalas. El estudio de validez concurrente para este nuevo cuestionario indicó, al igual que el estudio anterior, que las dimensiones de Control de la Agresión y Control Benigno estaban correlacionadas positivamente con el factor de extraversión del modelo de personalidad de Eysenck¹⁴. Más específicamente, el Control Benigno correlacionó inversamente con medidas bien establecidas de impulsividad¹⁵, mientras que el Control de la Agresión mostró estar asociado negativamente a problemas de manejo de la rabia en jóvenes delincuentes¹⁶. Siguiendo con el análisis y depuración del instrumento Roger et al.¹⁷, propusieron una readaptación del ECQ2, denominándolo en adelante Cuestionario de Estilo Emocional (Emotional Style Questionnaire [ESQ]). Dicho proceso consistió en expandir las escalas de Rumiación e Inhibición Emocional, así como en eliminar los ítems de las escalas de Control de la Agresión y Control Benigno, por considerar que éstas describían de manera importante otras esferas de

personalidad como la impulsividad y el deseo de aventura¹⁵ y que no estaban directamente relacionadas con el manejo de las emociones en el contexto del estudio del estrés y la enfermedad^{7,8}. Dado que los ítems que formaban la escala de Rumiación describían básicamente la repetición y remembranza de eventos estresantes pasados, en esta nueva revisión de la escala se añadieron ítems que describían situaciones o eventos estresantes futuros (preocupación sobre eventos que pueden ocurrir). Por su parte, la escala de Inhibición Emocional fue expandida a través de la incorporación de algunos ítems provenientes de un cuestionario que mide la capacidad de usar el apoyo social, el Interpersonal Trust Questionnaire (ITQ) de Forbes et al.¹⁸, básicamente de las subescalas de Miedo a la Revelación y Afrontamiento Social, por estar referidas a la expresión emocional⁷. Es así, como basados en la revisión de las escalas, Roger et al.¹⁷ propusieron una versión abreviada de 39 ítems, en la cual solo se mantuvieron las escalas de Rumiación e Inhibición Emocional⁶. El ESQ, en su versión original en inglés, fue empleado en estudios posteriores en la Unidad de Investigación del Estrés de la Universidad de York, en el marco de la investigación sobre el papel de las diferencias individuales y características de personalidad como moderadoras de la relación entre estrés y enfermedad, todos indicando el alto valor predictivo del instrumento para evaluar el estilo de respuesta emocional y su implicación en la salud especialmente la dimensión de Rumiación⁷.

La escala revisada de 39 ítems fue traducida al español por dos expertos bilingües y retraducida al inglés para comprobar la existencia de posibles

discrepancias en la redacción de los ítems debidas a la traducción. Una vez resueltas las diferencias, el cuestionario fue aplicado manteniendo su escala de respuesta dicotómica original cierto- falso, con 21 para la medición de la dimensión de Inhibición Emocional y 18 para la medición de la Rumiación^{6,7,8}.

La validación de la versión hispana del Cuestionario de Estilo Emocional fue realizada por la Doctora Leticia Guarino; para esto se contaron con otras medidas de personalidad y de salud, las cuales fueron administradas a una muestra de 419 estudiantes venezolanos y los resultados mostraron una estructura factorial casi idéntica a la de la versión anglosajona, con adecuadas consistencias internas. Los estudios de validez concurrente y predictiva apoyan la estructura teórica de cada dimensión^{12,6,7}.

1.4.1.8 Rumiación: mide la tendencia de los individuos a mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado⁷.

1.4.1.9 Inhibición Emocional: se refiere al “embotellamiento” o inhibición en la expresión de las emociones experimentadas⁷.

1.5 MARCO DE ANTECEDENTES

Al ser los índices emocionales causantes de altos índices de mortalidad a nivel mundial, sus efectos se han convertido en un importante objeto de estudio en el área de la salud, en cuanto a que sus efectos repercuten en la mayoría de los seres vivientes.

En la revisión literaria se pueden evidenciar diversos estudios que apuntan hacia las emociones y su influencia en la respuesta del individuo en los diferentes contextos de su vida, implicando esto sus variados rasgos de personalidad para afrontar situaciones

cotidianas en los campos profesional, social y personal, teniendo en cuenta la confianza en sus propias habilidades que son el reflejo de las experiencias adquiridas en su infancia y su relación con el mundo exterior, llevando esto al uso de los mecanismos de defensa propios de cada individuo para afrontar situaciones estresantes y así lograr un equilibrio interno con el externo. A lo largo de la revisión de los antecedentes podemos evidenciar como diversos autores aplican diferentes cuestionarios para llegar a demostrar las hipótesis de sus investigaciones; dentro de estos instrumentos encontramos el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), el Cuestionario de Control de las Emociones (ECQ), la Escala de Sensibilidad Emocional asociada al inventario de síntomas físicos – CHIPS, la Escala de Personalidad de Marca de Aaker, el Cuestionario de Estilo Emocional, la evaluación de las habilidades cognitivas DAT-5, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II).

Para la realización del presente trabajo se encuestaron un grupo de residentes de nuevo ingreso del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), siendo el lugar de estudio el estado Mérida, municipio Libertador, en la ciudad de Mérida, Venezuela. Para lograr los objetivos propuestos la investigación se enfocó en analizar los cambios emocionales utilizando el Cuestionario de Estilo Emocional.

Dentro de este marco de ideas, a continuación, se plasma información relacionada con los antecedentes de otros autores con el fin de relacionarla con los obtenidos en esta investigación y que enriquezcan y fundamenten los resultados, a través de los cuales se pueda obtener una mejor conceptualización del tema a investigar.

Roger et al.² (1998)	
The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress.	
DISEÑO	Estudio de tipo descriptivo, observacional. Los sujetos fueron 51 estudiantes de enfermería que se sometieron a un examen escrito como parte de su entrenamiento, y se analizó el cortisol libre de orina a partir de muestras tomadas inmediatamente después del examen y nuevamente tres semanas después. Se obtuvieron puntuaciones de diferencia de cortisol, expresadas en función de la creatinina ensayada simultáneamente y los niveles basales de cortisol.
RESULTADOS	Los sujetos completaron el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y el Cuestionario de Control de las Emociones (ECQ), y los resultados mostraron que las diferencias de cortisol se asociaron con la escala de ensayo (o rumiación) de la ECQ y, en menor medida, la inhibición emocional de la ECQ y el neuroticismo EPI.
CONCLUSIONES	El presente estudio investigó la relación entre la personalidad y la actividad adrenocortical durante el estrés, y tenía como objetivo demostrar la importancia de usar escalas desarrolladas específicamente en el contexto del estrés para probar hipótesis sobre el papel de las diferencias individuales en las respuestas al estrés.
Guarino⁶ (2003)	
Emotional sensitivity: a new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship.	
DISEÑO	Estudio descriptivo (observacional). La muestra fue de 270 estudiantes universitarios de la Universidad de York (edad media = 19.78; SD = 4.78), 121 hombres (edad media = 19.29; SD = 3.99), y 149 mujeres (edad media= 20.18; SD = 5.32), quienes participaron voluntariamente en el estudio.
RESULTADOS	El neuroticismo (N) se ha descrito como una expresión de la labilidad emocional, pero sus efectos de confusión sobre el estrés y los estudios de salud se han informado sistemáticamente, así como las deficiencias de las escalas más utilizadas para su medición. El N se ha definido tradicionalmente en términos negativos o peyorativos, lo que a su vez ha impedido la consideración de los efectos de la sensibilidad positiva en el comportamiento. El objetivo de esta tesis era revisar el constructo de N, lo que llevó a la construcción y validación de un nuevo instrumento para evaluar la sensibilidad emocional. La tesis también tuvo como objetivo explorar el papel potencial de la sensibilidad emocional en la moderación del vínculo entre el estrés y la enfermedad.
CONCLUSIONES	La construcción de la Escala de Sensibilidad Emocional intentó abordar las deficiencias de las medidas tradicionales de N o la labilidad emocional, y apuntar a evaluar una gama más amplia de reacciones emocionales, incluyendo positivas y más expresiones adaptativas de sensibilidad. La escala de Sensibilidad Emocional Negativa (NES), en particular, evalúa la tendencia a experimentar un negativo autocontrol de la Emocionalidad, mientras que la escala de Sensibilidad Emocional Positiva mide la tendencia de percibir e identificar emociones en otros, así como simpatizar y preocuparse por el bienestar de los demás.
Herrera et al.⁵ (2008)	
Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales venezolanos.	
DISEÑO	Estudio de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño de corte transversal, en el cual todas las variables fueron evaluadas al mismo tiempo Hernández et al. (11). La muestra estuvo constituida por 130 cadetes, que conforman la totalidad de alumnos que cursan el segundo y tercer año de la carrera militar naval (n = 64, para segundo año, y n = 66, para el tercer año). Del total de participantes, 31 eran mujeres (24%), y 99 hombres (76%), con edades comprendidas entre los 17 y los 24 años (M = 20 años; DT = 1.44), a quienes se les aplicó la batería de cuestionarios seleccionadas para el estudio.

RESULTADOS	<p>Los resultados de este estudio mostraron, tal como se esperaba, que existe una correlación positiva entre SEN y deterioro de salud percibida, pues se encuentra que los cadetes con mayor sensibilidad egocéntrica negativa reportaron mayor cantidad de síntomas, por lo menos para el inventario de síntomas físicos - CHIPS.</p> <p>Por su parte, y en consonancia también con lo esperado, los estilos de afrontamientos poco funcionales o desadaptativos, como el afrontamiento emocional y el afrontamiento de evitación, resultaron estar positiva y significativamente asociados a un mayor puntaje en el reporte de síntomas físicos y psicológicos, tanto en los cadetes hombres como en las mujeres.</p>
CONCLUSIONES	<p>La presente investigación demuestra que características como la sensibilidad egocéntrica negativa y la adopción de formas de afrontamiento poco funcionales derivan en un mayor deterioro de la salud física y psicológica en individuos que enfrentan situaciones estresantes. Éstas, a su vez, funcionan como factores de riesgo sobre la salud. Sin embargo, estas relaciones bidireccionales simples entre las diferencias individuales señaladas, el estrés y la salud percibida deben ser estudiadas a la luz de modelos más complejos de interacción, en los cuales se determine exactamente cuál es el rol moderador de la sensibilidad emocional y el afrontamiento en la relación estrés-salud.</p>
Denegri et al.¹⁹ (2009)	
Personalidad de marca de carreras de psicología de universidades estatales en Chile.	
DISEÑO	<p>Estudio descriptivo (observacional, descriptiva, transversal). Los participantes fueron 289 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad de Santiago de Chile (Región Metropolitana) y de la Universidad de La Frontera (Región de La Araucanía). Para esto, se aplicó a los participantes la Escala de Personalidad de Marca de Aaker, la cual se compone de 45 ítems donde cada uno representa un rasgo de la personalidad de marca en estudio.</p>
RESULTADOS	<p>Existencia de una Personalidad de Marca definida para cada carrera, con diferencias en los rasgos constitutivos según la universidad. Estando presente en ambos casos el factor competencia. Ambas carreras posean rasgos distintivos y que éstos se vinculen con características como Inteligencia, Confianza en sí y Seguridad, ya que, en algún nivel, estas apreciaciones se relacionan con beneficios que el usuario-cliente demanda y que, en el contexto actual, resultan altamente significativos en términos de la futura empleabilidad de los estudiantes.</p>
CONCLUSIONES	<p>Implicación de contar con una personalidad de marca con rasgos definidos, tanto en calidad como en cantidad, en un mercado universitario competitivo en el que la diferenciación y el aseguramiento de la calidad son desafíos de toda institución de educación superior en la actualidad.</p>
Roger et al.³ (2011)	
Rumination, Inhibition and Stress: The Construction of a New Scale for Assessing Emotional Style.	
DISEÑO	<p>Estudio descriptivo, sometidos a análisis factoriales exploratorios. El grupo inicial de ítems para el nuevo cuestionario comprendió los 28 ítems de las escalas de rumiación e inhibición de ECQ2. Estos fueron aumentados por elementos del temor a la divulgación y las escalas de afrontamiento social de ITQ y por elementos derivados de un estudio de escenario destinado a generar nuevos elementos de rumiación que reflejen la rumiación prospectiva y retrospectiva. Esto dio lugar a un nuevo conjunto de elementos de 70 elementos que se convirtieron en un formato de respuesta dicotomizado (Verdadero / Falso). La escala se administró a una muestra de 284 estudiantes de pregrado (edad promedio 19.06 años; SD 4.82) extraídos de paneles de asignaturas de voluntarios en la Universidad de York y la Universidad de St. John en Inglaterra. En la muestra había 113 varones (edad media 19,32 años; SD 5,04) 171 mujeres (19,00 años; SD 4,77).</p>

RESULTADOS	La rumiación e inhibición emocional se identificaron en el Cuestionario de Control de las Emociones (ECQ, Roger y Neshoever 1987; Roger y Najarian 1989) como dos dimensiones relativamente independientes del estilo emocional, y posteriormente se ha demostrado que las dos medidas son variables moderadoras importantes en un rango de Salud y entornos forenses. Se ha demostrado que otras dos dimensiones que surgieron en el ECQ, el control de agresión etiquetado y el control benigno, forman parte de la constelación de extroversión; el presente documento describe la construcción y validación de una nueva escala centrada exclusivamente en la rumiación y la inhibición.
CONCLUSIONES	Los grupos de ítems revisados y ampliados para las escalas se sometieron a análisis factoriales exploratorias y confirmatorias, que respaldaron la estructura de dos factores. Las nuevas escalas se validaron simultáneamente con escalas relacionadas en diferentes muestras, y se demostró que se relacionan sistemáticamente con dos índices independientes del estado de salud.
Guarino⁷ (2011)	
Adaptación y validación de la versión hispana del Cuestionario de Estilo Emocional.	
DISEÑO	Estudio descriptivo (transversal). La versión hispana de esta escala, junto con otras medidas de personalidad y de salud, fue administrada a una muestra de 419 estudiantes venezolanos
RESULTADOS	Se demostró una estructura factorial casi idéntica a la de la versión anglosajona, con adecuadas consistencias internas. Los estudios de validez concurrente y predictiva apoyan la estructura teórica de cada dimensión. Los resultados confirmaron lo esperado, en el sentido de que los individuos que más tienden a inhibir su propia expresión emocional tendrán también mayores dificultades para comprender las emociones de los otros y empatizar con las mismas.
CONCLUSIONES	Los resultados muestran que la versión hispana del ESQ (CEE en español) parece ser un instrumento válido y confiable para la medición de los estilos emocionales de los individuos y su uso podría considerarse muy valioso en el contexto de la investigación del estrés, en su relación con variables de personalidad, diferencias individuales y salud.
Bustamante et al.¹¹ (2014)	
Evaluación psicológica de los médicos aceptados al posgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría.	
DISEÑO	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. En una muestra no probabilística conformada por los 44 médicos aceptados a la residencia en Pediatría del INP, en el año 2011, aplican para la evaluación de las habilidades cognitivas la prueba DAT-5; para la descripción del perfil de personalidad se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).
RESULTADOS	Los médicos mostraron pensamiento lógico, respuestas rápidas, capacidad de trabajo bajo presión y habilidades para laborar en equipo. Sin embargo, se encontraron bajas frecuencia en empatía y conciencia moral, fallas en el manejo de la frustración, déficits en la capacidad de trabajo y pobre fortaleza yoica.
CONCLUSIONES	Es necesario realizar estudios de cohorte a fin de determinar el perfil idóneo que debe contemplarse para el ingreso a la residencia en pediatría. Es importante considerar las fortalezas y debilidades psicológicas de los médicos aceptados con el fin de detectar potenciales dificultades y establecer programas para trabajar los aspectos que permitan un mejor desempeño durante el curso de posgrado.

Artigas Arroyo²⁰ (2014)	
Rasgos de la personalidad y desempeño de los médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología en México.	
DISEÑO	Estudio observacional, descriptivo, transversal. Para apoyar el proceso de selección de médicos residentes, se buscaron factores de personalidad que fueran constantes a largo plazo y que se relacionaran con el desempeño de los médicos. Los modelos que se adaptaron a estas condiciones fueron el de los Cinco Grandes Factores y la Tipología de Jung. El estudio consistió en determinar las correlaciones entre estos factores de la personalidad y el desempeño por competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) de los médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de México por medio del MBTI, el BFI y una evaluación de 360°.
RESULTADOS	Se encontró que los conocimientos solo presentaron correlación con la sensación ($r = -0.39$, $P < 0.001$) y el pensamiento ($r = -0.24$, $P < 0.05$), las habilidades con la responsabilidad (0.33, $P < 0.01$) y el neuroticismo ($r = -0.27$, $P < 0.05$) y las actitudes con la cordialidad ($r = 0.26$, $P < 0.05$).
CONCLUSIONES	La investigación que se mostró en la presente tesis tuvo como objetivo responder a la pregunta ¿Cuál es la asociación que presentan los rasgos de la personalidad desde la tipología de la persona de Jung y el modelo de los cinco factores con el desempeño de los Médicos Residentes del Instituto Nacional de Cancerología? En relación con los conocimientos solo presentaron correlación los rasgos de sensación y pensamiento. La relación entre la sensación y el desempeño indica que los médicos que toman sus decisiones en función de las teorías y no en la experiencia tienen mejor desempeño en sus evaluaciones de conocimientos, esto es lógico debido a que estas evaluaciones tienen como base los datos que se encuentran en la literatura médica
Ferrer Botero et al.²¹ (2015)	
Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín.	
DISEÑO	Estudio descriptivo (observacional, descriptivo, transversal). Población: Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1987a) a 1907 estudiantes universitarios de seis universidades. La edad media fue 22 años, y el rango estuvo entre 16 y 63 años. Se construyó una base de datos con la siguiente información: variables sociodemográficas, puntuaciones directas y puntuaciones de tabla base de cada trastorno, y se estableció una nueva variable denominada “punto de corte”, que categorizó la “presencia” o “ausencia” de los trastornos.
RESULTADOS	El trastorno básico de la personalidad de mayor porcentaje fue el pasivo/agresivo (12,3%), seguido por el antisocial (6,4%), el narcisista (6,0%), el agresivo sádico (5,5%), el fóbico (5,3%) y el autodestructivo (4,9%); mientras los demás trastornos (dependiente, compulsivo y esquizoide) presentan un porcentaje de 2,0% o inferior. El porcentaje más elevado encontrado en las mujeres fue el pasivo agresivo (8,1%), seguido del agresivo sádico (3,9%), el narcisista (3,8%) y el antisocial (3,5%). En los hombres el porcentaje más elevado se encontró en el pasivo agresivo (4,2%), seguido por el antisocial y el histriónico, cada uno con (2,8%). La prevalencia de los trastornos patológicos de la personalidad, el trastorno límite alcanzó el mayor porcentaje (18,9%), seguido del esquizotípico (5,9%) y del paranoide (5,7%). El porcentaje más elevado en las mujeres fue el límite (12,5%), luego el esquizotípico (3,4%) y el paranoide (2,7%). El porcentaje más elevado en hombres fue el límite (6,4%), seguido del paranoide (3,0%) y del esquizotípico (2,0%).
CONCLUSIONES	El trastorno de mayor predominio fue el trastorno límite de la personalidad. Lo cual hace pensar en lo conflictivo que es para nuestro medio las relaciones afectivas e interpersonales, la tendencia a la desvalorización y una cultura que propicia la impulsividad en diversos contextos. El segundo trastorno de mayor dominio fue el trastorno de personalidad básico pasivo-agresivo. La alta prevalencia de este trastorno puede relacionarse con el conflicto, presentado en nuestro medio, con el estilo autoritario y agresivo en las familias y en las relaciones académicas, laborales e interpersonales.

Hernández-Pérez²² (2018)	
Perfil socio afectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel.	
DISEÑO	Estudio observacional transversal descriptivo. Se encuestó sobre el estado depresivo, de ansiedad, así como de habilidades para la vida, grado de compromiso, calidad de vida familiar, motivación y actitud en médicos internos de pregrado de nuevo ingreso, 2017 de dos hospitales generales de zona de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
RESULTADOS	Se entrevistaron a 101 médicos internos de pregrado, la edad media fue de 24 ±1.36 años (60% mujeres), la mayoría vive en el seno familiar. Siete aspirantes refirieron estar bajo tratamiento psiquiátrico y solo 2 habían tenido intentos suicidas. Más de la mitad de los médicos refirió algún grado de ansiedad (54.5%) y menos del 20% algún grado de depresión. La mayoría de los alumnos dijeron tener menor desarrollo de las habilidades cognitivas relacionadas con los procesos mentales activos, sin embargo, su disposición para ellas es altas, así como sus habilidades socioafectivas. La percepción de su entorno laboral fue buena. El compromiso escolar encontrado fue alto, lo mismo se reflejó en su actitud frente a la educación y justicia social.
CONCLUSIONES	En los médicos internos de pregrado de recién ingreso se encontró una alta frecuencia de ansiedad, baja de trastorno depresivo pero una percepción muy alta de su motivación y habilidades para la vida, así como de justicia y entorno familiar.
Rostami et al.²³ (2018)	
Development and psychometric evaluation of an emotional growth questionnaire for university students.	
DISEÑO	Estudio exploratorio descriptivo. El objetivo del presente estudio fue diseñar y proporcionar una información válida y confiable instrumento para medir el crecimiento emocional de los estudiantes. Este estudio se realizó de 2016 a 2017 entre estudiantes universitarios. El cuestionario que contiene 79 ítems se realizó utilizando grupos de discusión con estudiantes y estudiando textos relevantes. El análisis factorial exploratorio (EFA) (n = 188) se utilizó para determinar la validez de constructo del cuestionario. El análisis factorial confirmatorio (CFA) (n = 38) fue realizado para evaluar la validez del modelo. Confiabilidad (n=56) y repetibilidad (n=31) del cuestionario fueron evaluados.
RESULTADOS	Un factor 4 (identidad positiva, autoestima, comunicación efectiva y motivación) y se encontró una solución de 21 ítems como la mejor solución, que explicó el 63.5% de la varianza total entre los elementos. Los resultados de CFA aprobaron la validez del modelo (CFI = 0.914, RMSEA = 0.070). El coeficiente de correlación alfa de Cronbach (0.93) e Intra (0.91) aprobó la Fiabilidad y repetitividad del cuestionario.
CONCLUSIONES	El cuestionario desarrollado de 21 ítems parece ser válido y un instrumento confiable para medir la emocionalidad de los estudiantes. Cuestionario que podría ser utilizado como un instrumento de investigación para evaluar el crecimiento emocional de las intervenciones educativas entre estudiantes universitarios.
Roger⁴ (2016)	
Rumination, Stress and Emotion.	
DISEÑO	Estudio observacional, exploratorio y descriptivo. Uso de instrumentos psicométricos desarrollados para evaluar variables moderadoras. En el proceso de estrés se han visto obstaculizado por una serie de deficiencias, incluyendo el uso de técnicas de factoraje inapropiadas y la ausencia de análisis factorial confirmatorio para avalar las estructuras obtenidas. La investigación también se ha visto comprometida por la ausencia de una definición inequívoca de estrés, que ha llevado a malentendidos generalizados sobre el constructo.

RESULTADOS	El capítulo pretende resolver algunos de estos problemas centrándose en el papel de los factores de personalidad que se ha demostrado que son significativamente implicados en la respuesta al estrés en contextos cotidianos, especialmente la rumiación emocional, la inhibición emocional, estilos de afrontamiento y autoestima. Se hace una distinción clave entre estrés crónico frente al estrés agudo, y la evidencia presentada se basa en los hallazgos fisiológicos establecidos basados en la función cardiovascular e inmune.
CONCLUSIONES	La evidencia es correlacional, y no está claro si baja autoestima lleva a más rumiación o rumiación engendra baja autoestima, pero el vínculo entre los dos constructos ayuda a explicar el proceso rumiativo asociado a experiencias como la anécdota sobre llegar tarde al trabajo. Más importante aún, la evidencia global resumida en el capítulo ofrece una forma de conceptualizar el estrés en términos de las diferencias individuales en respuesta al trastorno emocional y la rumiación proporciona el mecanismo clave que transforma la presión diaria en el estrés, lo que representa tanto las secuelas fisiológicas y emocionales que están bien establecidas en la investigación del estrés.
Guarino et al.⁸ (2005)	
Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional.	
DISEÑO	Es un estudio exploratorio, observacional y descriptivo. La presente investigación tuvo como objetivo la construcción y validación de un nuevo instrumento para evaluar la sensibilidad emocional, con el objeto de examinar su posterior implicación en el proceso estrés-enfermedad. Para ello, el constructo de neuroticismo propuesto en la teoría biológica de la personalidad de Eysenck, así como los instrumentos desarrollados bajo este enfoque —EPI y EPQ— fueron sometidos a un proceso de revisión teórica y psicométrica (19).
RESULTADOS	Los resultados del estudio de validez concurrente coincidieron con lo esperado, en tanto la escala SEN (sensibilidad negativa) correlacionó positivamente con escalas que miden emocionalidad negativa, mientras que la escala SIP (sensibilidad positiva) se asoció inversamente con este tipo de medidas y positivamente con la escala de empatía. Sin embargo, merece especial atención la nueva dimensión de distanciamiento emocional, dado que su asociación directa con indicadores de emocionalidad negativa, así como su correlación inversa con los puntajes de empatía, indican que la dimensión comparte aspectos o características de un estilo emocional negativo, que se manifiesta en la tendencia de los individuos a evitar las reacciones emocionales negativas de otros y a no involucrarse con aquellos que estén experimentando circunstancias adversas.
CONCLUSIONES	Se concluye que la siguiente etapa de la investigación debería ser la evaluación de la validez predictiva de la escala ESE en el contexto del estrés y la salud, específicamente su capacidad para explicar los cambios en el estatus de salud de individuos sometidos a períodos de alta demanda psicológica o estrés.

1.6 MARCO DEMOGRÁFICO

La investigación se realizó en residentes de nuevo ingreso de todos los postgrados médico- quirúrgicos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, ubicado en la ciudad de Mérida – Venezuela, en la cohorte 2018 y 2019.

1.7 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La hipótesis del presente estudio surge por la inquietud de los estados emocionales que se observan frente a la empatía médico-paciente del profesional quirúrgico y el profesional clínico; en ambas es importante el desarrollo académico y la generación de nuevos conocimientos para la sociedad, pero en algunas especialidades se ha observado que se deja a un lado el acercamiento afectivo directo con el paciente y con su entorno, y en otras la importancia sobre la calidad de la atención que se le brinda al paciente. Por tal razón surge la siguiente hipótesis:

- En postgrados clínicos es mas frecuente encontrar estilo emocional tipo rumiación.
- En postgrados quirúrgicos es mas frecuente encontrar estilo emocional tipo inhibición emocional.

www.bdigital.ula.ve

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación de los estilos emocionales y el área de postgrado médico-quirúrgico seleccionado por el médico residente en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

1.8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.8.2.1** Identificar la frecuencia de los estilos emocionales de acuerdo con el tipo de postgrado médico-quirúrgico seleccionado por los residentes de nuevo ingreso (cohorte 2018 y 2019) en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela).

1.8.2.2 Comparar la frecuencia de los estilos emocionales para cada uno de los residentes de nuevo ingreso (cohorte 2018 y 2019) de los postgrados de médico-quirúrgicos en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela).

1.8.2.3 Evaluar la influencia del sexo, edad, estado civil, nacionalidad y tipo de especialidad asociados al estilo emocional detectado en cada uno de los residentes de nuevo ingreso (cohorte 2018 y 2019) de los postgrados médico-quirúrgicos en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela).

2 MARCO METODOLÓGICO

Se aplicó el Cuestionario de Estilo Emocional a todos los residentes de los postgrados médico-quirúrgicos de primer año del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela) en dos etapas; la primer etapa se realizó en diciembre del año 2017 a los residentes admitidos para la cohorte 2018; la segunda etapa se realizó en diciembre del año 2018 a los residentes admitidos para la cohorte 2019. Ambas etapas se hicieron en el curso de inducción que realiza el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes antes del inicio de sus actividades académicas y asistenciales.

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio descriptivo, comparativo de tipo transversal^{24,25}.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por todos los residentes de los postgrados médico-quirúrgicos de nuevo ingreso (cohorte 2018 y 2019) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela). La lista de los residentes fue facilitada por la división de estudios de postgrados de la facultad de medicina. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

- Participación voluntaria de los residentes de primer año.
- Haber sido seleccionado por la facultad de medicina como residente de primer año en los postgrados médico-quirúrgicos para la cohorte 2018 y 2019.

2.3 VARIABLES

2.3.1 Variable explicativa

Estilo emocional.

2.3.2 Variable objeto de estudio

Selección del postgrado médico quirúrgico.

2.3.3 Variables intervinientes

Edad, Sexo, Estado civil, Nacionalidad.

2.4 PLAN DE ANÁLISIS

Los datos recolectados fueron almacenados previamente en Excel y luego procesados y analizados con el paquete estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22, se utilizaron estadísticas descriptivas, utilizando tablas y gráficos,

presentando valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables cuantitativas^{24,25}.

Se procedió a la construcción de las escalas del Cuestionario de Estilo Emocional, para lo cual se recodificaron las siguientes preguntas mediante la siguiente sintaxis:

- RECODE P2 P9 P11 P12 P14 P21 P26 P29 P30 P35 P36 (0=1) (1=0).
- La re-codificación busca que todos los ítems tengan una misma direccionalidad, las preguntas que se re-codificaron eran preguntas que inicialmente evaluaban aspectos positivos y se convirtieron en negativo; por esto, en la interpretación del Cuestionario de Estilo Emocional, antes de poder puntuar cada dimensión, se hace necesario revertir varios ítems (asignarles el valor contrario al marcado por el participante), puesto que son ítems inversos.

www.bdigital.ula.ve

El agrupamiento de las preguntas que conforman las escalas Rumiación e Inhibición Emocional se realizó mediante los siguientes comandos:

- COMPUTE Rumiación= P1 + P2 + P5 + P6 + P15 + P18 + P20 + P22 + P24 + P25 + P27 + P28 + P30 + P31 + P34 + P36 + P37 + P39.
- VARIABLE LABELS IE 'Inhibición Emocional'.
- COMPUTE IE=P3 + P4 + P7 + P8 + P9 + P10 + P11 + P12 + P13 + P14 + P16 + P17 + P19 + P21 + P23 + P26 + P29 + P32 + P33 + P35 + P38.

En estadística inferencial se realizaron análisis bivariantes, en este sentido se empleó la prueba t de muestras independientes y de análisis de varianza para comparar las escalas del Cuestionario de Estilo Emocional; la significancia estadística se estableció para p-valor <0,05.

3 RESULTADOS

Para evaluar la asociación de los estilos emocionales y el tipo de postgrado médico-quirúrgico, la muestra quedó conformada por 183 médicos de nuevo ingreso de los distintos postgrados del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida-Venezuela, para los cohortes 2018-2019.

Para el cohorte 2018 se analizaron 91 médicos residentes de nuevo ingreso donde la edad promedio fue de 30,64 años, la mediana se ubicó en 29 años en un rango de entre 25 a 56 años; 43,96% correspondía al sexo masculino y 56,04% al femenino; el estado civil más frecuente fue el soltero(a) 67,03%; sobre la nacionalidad 84,62% venezolanos y 15,38% extranjeros; en cuanto al tipo de postgrado 67,03% clínico y 32,97% quirúrgico; los valores medios de las escalas del Cuestionario de Estilo Emocional (CEE) fueron para rumiación 3,95 con rango de 0 a 15, y para Inhibición Emocional (IE) de 7,16 con rango entre 0 a 18; por otra parte, para el corte 2019 se analizaron 92 médicos residentes de nuevo ingreso, cuya edad promedio fue de 28,89 años, mediana de la edad en 28 años y un rango que osciló entre los 23 a 44 años; 36,96% eran hombres y 63,04% mujeres; el 76,67% presentó estado civil soltero(a), sobre la nacionalidad 89,13% venezolanos y 10,87% extranjeros; en relación al tipo de postgrado 66,30% clínico y 33,70% quirúrgico; los promedios de las escalas del CCE fueron para rumiación 4,51, con rango observado entre 0 a 16, mientras para IE la media fue de 7,65, con rango observado entre 2 a 15.

Como se observó anteriormente las características de los médicos residentes de nuevo ingreso para los cohortes 2018 y 2019 presentaron valores muy similares, por lo tanto, se unieron las dos cohortes.

A nivel de agrupamiento de los dos cohortes se tiene que la edad promedio fue de 29,76 años, con mediana en 28 años y rango de edad entre 23 a 56 años; el 59,56% correspondía al sexo femenino y 40,44% al masculino; en cuanto al estado civil, 71,82% solteros(as), 20,99% casados(as) y 7,18% unión libre; sobre la nacionalidad, 86,89% venezolanos y 13,11% extranjeros; el tipo de postgrado a cursar por los nuevos médicos residentes corresponde a 66,67% clínico y 33,33% quirúrgico; la valoración de las escalas del CEE presentó para la rumiación una media de 4,23, donde el rango observado fue de 0 a 16, la escala de IE presentó media de 7,51, con rango observado entre 0 a 18, teniendo en cuenta que los máximos valores que pueden tener las escalas de rumiación e IE son 18 y 21 respectivamente, los promedios observados para este grupo de nuevos médicos residentes son relativamente bajos (Tabla 1).

www.bdigital.ula.ve

Tabla 1. Características de los médicos de nuevo ingreso a postgrados médico-quirúrgicos por cohorte. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Características	Cohorte		Total
	2018	2019	
Edad (media (DE)) años	30,64 (5,48)	28,89 (4,02)	29,76 (4,87)
Mediana de la edad	29	28	28
Rango de la edad (mín - máx)	25 -56	23 - 44	23 – 56
Sexo (n (%))			
Masculino	40 (43,96%)	34 (36,96%)	74 (40,44%)
Femenino	51 (56,04%)	58 (63,04%)	109 (59,56%)
Estado Civil (n (%))			
Casado	22 (24,18%)	16 (17,78%)	38 (20,99%)
Soltero	61 (67,03%)	69 (76,67%)	130 (71,82%)
Unión libre	8 (8,79%)	5 (5,56%)	13 (7,18%)
Nacionalidad (n (%))			
Venezolano	77 (84,62%)	82 (89,13%)	159 (86,89%)
Extranjero	14 (15,38%)	10 (10,87%)	24 (13,11%)
Tipo postgrado (n (%))			
Clínico	61 (67,03%)	61 (66,30%)	122 (66,67%)
Quirúrgico	30 (32,97%)	31 (33,70%)	61 (33,33%)
Escalas del CEE			
Rumiación (media (DE))	3,95 (3,45)	4,51 (3,83)	4,23 (3,64)
Rango Rumiación observado (mín-máx)	0 - 15	0 - 16	0 – 16
Rango Rumiación posible (mín-máx)	0- 18	0- 18	0- 18
Inhibición Emocional (media (DE))	7,16 (4,31)	7,65 (3,46)	7,51 (4,12)
Rango Inhibición Emocional observado (mín-máx)	0 - 18	2 - 15	0 – 18
Rango Inhibición Emocional posible (mín-máx)	0 - 21	0 - 21	0 – 21

Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar, mín=mínimo, máx=máximo

Fuente: Elaboración del autor

Al comparar la escala del CEE con relación al tipo de postgrado, se observó a nivel general diferencias significativas en las medias de la Inhibición Emocional (IE) con p-valor 0,000 ; donde los médicos de nuevo ingreso de postgrados quirúrgicos presentaron promedio de 8,80, siendo este más alto que el de los médicos de nuevo ingreso con postgrados clínicos cuyo promedio fue de 6,65; al realizar estas comparaciones desagregando por años de ingreso de los médicos residentes, se observó resultado similar, es decir se observaron diferencias en las medias de la IE con p-valor de 0,033 en el año 2018 y 0,004 en el año 2019, donde el promedio fue más alto en los médicos con postgrado quirúrgico, por tanto, se puede decir que los médicos de nuevo ingreso con postgrados quirúrgicos tienen más dificultades para expresar sus emociones al comparar con los médicos con postgrados clínicos; en cuanto a la rumiación no se observaron diferencias significativas al compararlo por tipo de postgrado (Tabla 2).

www.bdigital.ula.ve

Tabla 2. Comparación de las escalas del CEE por tipo de postgrado de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Escalas del CEE	Tipo de postgrado		p-valor
	Clínico	Quirúrgico	
	Media (DE)	Media (DE)	
General			
Rumiación	4,29 (3,59)	4,10 (3,78)	0,734
Inhibición Emocional	6,65 (3,89)	8,80 (3,60)	0,000*
Año 2018			
Rumiación	3,91 (3,33)	4,00 (3,74)	0,919
Inhibición Emocional	6,49 (4,31)	8,53 (4,06)	0,033*
Año 2019			
Rumiación	4,69 (3,82)	4,19 (3,88)	0,563
Inhibición Emocional	6,83 (3,39)	9,06 (3,15)	0,004*

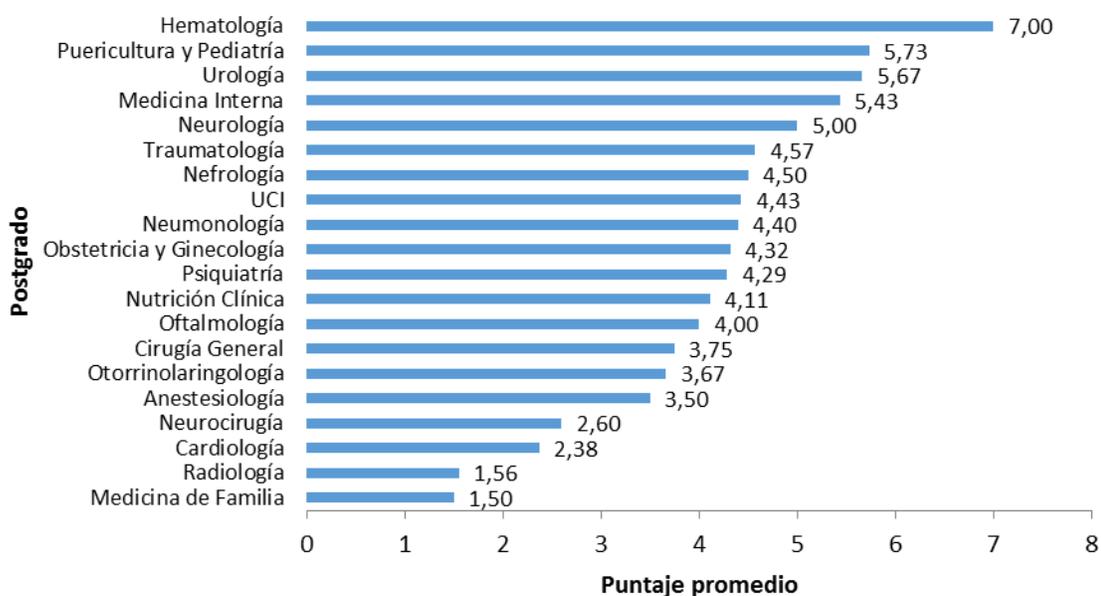
Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar; * diferencias significativas en la media de la escala de CEE p-valor<0,05, basada en la prueba t de muestras independientes

Fuente: Elaboración del autor

A nivel descriptivo se presentan los puntajes promedios de las escalas de rumiación e IE, para lo cual se presentan los postgrados con tres o más médicos residentes de nuevo ingreso que respondieron el CEE, no se realizó comparaciones entre los postgrados ya que el número de médicos residentes en cada uno de ellos era muy diferente, es decir, los grupos no eran homogéneos en tamaño para poder realizar comparaciones; se excluyeron los postgrados de Salud Pública, Toxicología, Gastroenterología, Endocrinología, Fisiatría y Medicina de Familia, ya que solo se tenía un médico residente por cada uno de estos postgrados.

Para la escala de rumiación se observó que los postgrados con mayor puntaje corresponden a Hematología 7, Puericultura y Pediatría 5,73, Urología 5,67, Medicina Interna 5,43, Neurología 5, Traumatología 4,57, entre otros (Gráfico 1).

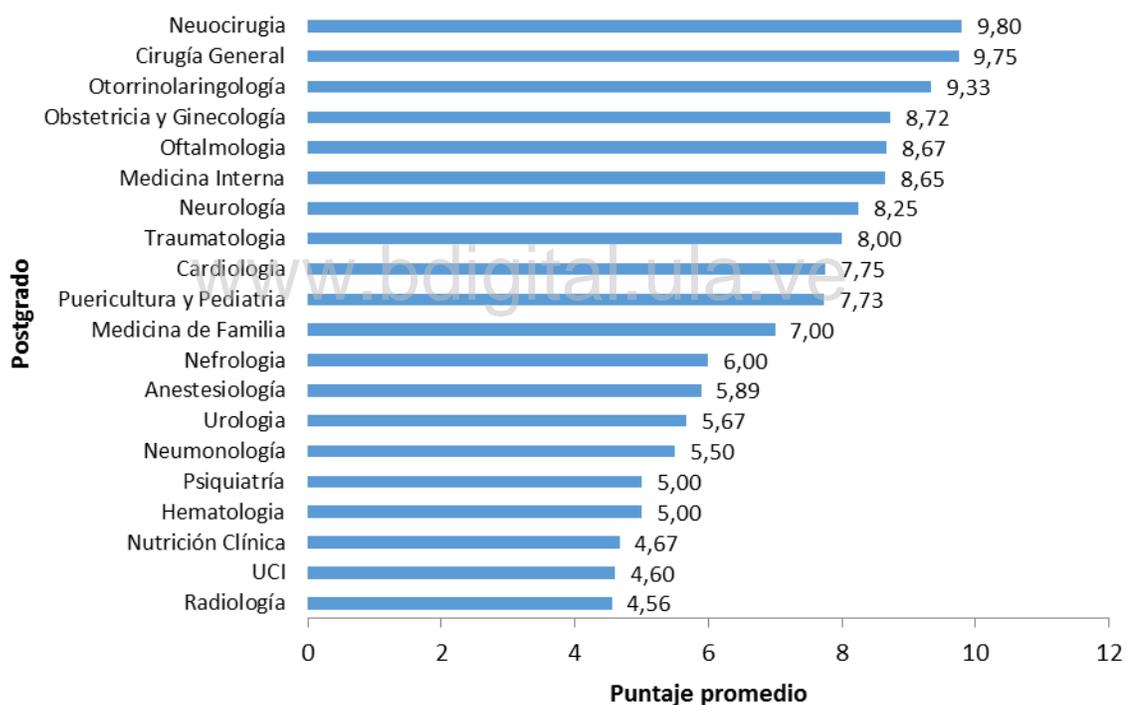
Gráfico 1. Puntaje promedio de la escala de rumiación de los médicos residentes de nuevo ingreso según postgrado. IAHULA. Periodo 2018-2019.



Fuente: Elaboración del autor.

La escala de Inhibición Emocional presentó resultado muy particular, ya que los primeros cinco (5) postgrados con mayor puntaje son del tipo quirúrgico, estos son Neurocirugía 9,80, Cirugía General 9,75, Otorrinolaringología 9,33, Obstetricia y Ginecología 8,72 y Oftalmología 8,67; este comportamiento explica la significancia estadística observado al comparar entre tipos de postgrados clínicos y quirúrgicos en esta escala (Gráfico 2).

Gráfico 2. Puntaje promedio de la escala de inhibición emocional de los médicos residentes de nuevo ingreso según postgrado. IAHULA. Periodo 2018-2019.



Fuente: Elaboración del autor.

La comparación por sexo de las escalas del CEE presentó diferencias significativas en la media de la escala Inhibición Emocional con p-valor 0,002, donde el sexo masculino

presentó media de 8,49 mientras que en el femenino la media fue de 6,66, es decir los hombres tienden más a la inhibición emocional (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de las escalas del CEE por sexo de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Escalas del CEE	Sexo		p-valor
	Masculino	Femenino	
	Media (DE)	Media (DE)	
Rumiación	4,33 (3,98)	4,15 (3,42)	0,752
Inhibición Emocional	8,49 (4,11)	6,66 (3,62)	0,002*

Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar; * diferencias significativas en la media de la escala de CEE p-valor<0,05, basada en la prueba t de muestras independientes

Fuente: Elaboración del autor

Para la edad se elaboraron dos grupos de comparación en función de la mediana que se ubicó en 28 años, al comparar las medias de las escalas del CEE entre los grupos de edad, se observó diferencia significativas para la rumiación con p-valor 0,004, donde los médicos residentes de nuevo ingreso entre 23 a 28 años presentaron promedio más alto con 4,95, mientras que los médicos residentes de nuevo ingreso con edad entre 29 a 56 años su media fue de 3,39, por tanto los médicos residentes más jóvenes tienden más a la rumiación (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las escalas del CEE por edad de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Escalas del CEE	Grupo de edad (años)		p-valor
	23 a 28	29 a 56	
	Media (DE)	Media (DE)	
Rumiación	4,95 (3,59)	3,39 (3,54)	0,004*
Inhibición Emocional	7,81 (4,08)	6,90 (3,69)	0,125

Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar; * diferencias significativas en la media de la escala de CEE p-valor<0,05, basada en la prueba t de muestras independientes

Fuente: Elaboración del autor

Se comparó las escalas del CEE por estado civil de los médicos residentes de nuevo ingreso, donde se observó diferencias significativas para al menos dos medias con p-valor 0,005, en las comparaciones múltiples se evidenció que las medias de solteros(a) 4,54 y unión libre 5,77, son diferentes a los casados(as) 2,63, por tanto, los médicos residentes de nuevo ingreso con estado civil solteros(as) o de unión libre tienden más a la rumiación que los casados(as) (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de las escalas del CEE por estado civil de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Escalas del CEE	Estado civil			p-valor
	Casado	Soltero	Unión libre	
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
Rumiación	2,63 (2,55) ^{a,b}	4,54 (3,69) ^a	5,77 (4,78) ^b	0,005*
Inhibición Emocional	6,87 (3,15)	7,53 (4,05)	7,25 (4,97)	0,659

Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar; * diferencias significativas para al menos dos medias de la escala de CEE p-valor<0,05, basada en Anova; a y b diferencias en las comparación por pares de medias, basada en la prueba de comparaciones multiplex de Tukey

Fuente: Elaboración del autor

La media de la escala rumiación presentó diferencias significativas al compararla por nacionalidad con p-valor 0,006, donde la media de los venezolanos fue más alta alcanzando un valor de 4,47, en contraste los extranjeros presentaron una media de 2,63, es decir, los venezolanos tienden más a la rumiación (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de las escalas del CEE por nacionalidad de los médicos residentes de nuevo ingreso. IAHULA. Periodo 2018-2019.

Escalas del CEE	Nacionalidad		p-valor
	Venezolano	Extranjero	
	Media (DE)	Media (DE)	
Rumiación	4,47 (3,71)	2,63 (2,76)	0,006*
Inhibición Emocional	7,32 (3,98)	7,91 (3,53)	0,487

www.bdigital.ula.ve

Nota: CEE=Cuestionario de Estilo Emocional, DE= Desviación Estándar; * diferencias significativas en la media de la escala de CEE p-valor<0,05, basada en la prueba t de muestras independientes

Fuente: Elaboración del autor

4 DISCUSIÓN

En este estudio se pudo conocer y analizar los estilos emocionales de las variables psicológicas relacionadas con los procesos de rumiación e inhibición emocional y el tipo de postgrado médico-quirúrgico seleccionado por el médico residente, teniendo como hipótesis de investigación (previo a los resultados) que los dos grupos tendrían dimensiones

diferentes, planteando una mayor frecuencia de encontrar en los postgrados clínicos el estilo emocional tipo rumiación y en los postgrados quirúrgicos el estilo emocional tipo inhibición emocional. Para esto se aplicó el cuestionario de estilo emocional validado para Venezuela en el año 2011⁷.

En este estudio la influencia de variables como la rumiación y la inhibición emocional son especialmente interesantes desde el punto de vista clínico, ya que, a diferencia de otras variables psicológicas como los rasgos de personalidad, son modificables a través de técnicas de intervención cognitivo-conductual. Pese a su importancia, hasta la fecha muy pocos estudios se han realizado sobre estos temas^{26,27}.

Cuanto mayor es la tendencia del residente del primer año a concentrarse en pensamientos desadaptativos y/o negativos relativos a mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado, estará limitado para poder continuar con sus labores cotidianas, aumentando así la intensidad de lo que experimenta en ese momento en el cual se encuentra sumergido, ya que su comportamiento estará centrado en la emoción que le desencadena su pensamiento y esto se verá reflejado en el momento de dar solución inmediata a los síntomas observados^{3,5}.

Con respecto a las muestras estudiadas, constituida por 183 médicos de nuevo ingreso de los distintos postgrados del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida-Venezuela, para los cohortes 2018-2019; distribuidos en un 66,67% clínico y 33,33% quirúrgico, se encontró una significancia estadística en cuanto a la inhibición emocional, siendo esta más notoria en los postgrados quirúrgicos lo cual confirma la hipótesis establecida desde el inicio de la investigación, es importante recalcar que en los postgrados clínicos se encontró una tendencia a la rumiación pero a nivel descriptivo.

Just et al.²⁸ en 1997 encontraron que, tras evaluar los estilos de respuesta en sujetos no deprimidos, aquellos con puntuaciones más altas en estilo rumiativo fueron más propensos a sufrir depresión. Teniendo en cuenta estos datos, una posible razón de la ausencia de valor predictivo en este trabajo de variables relacionadas con la rumiación puede ser el año de residencia a cursar, ya que son residentes de primer año que llegan con expectativas y motivación para el inicio de su especialidad, este trabajo no tomo en cuenta a residentes de años superiores próximos a culminar el postgrado ya que la justificación y los objetivos del presente estudio iban encaminados a identificar los estilos emocionales que predominan en cada especialidad en el momento de la selección de un postgrado clínico o quirúrgico.

Se hace importante señalar que el presente trabajo cuenta con limitaciones que deben ser tomadas en cuenta, como lo fue la muestra que se evalúa entre los clínicos y quirúrgicos la cual debe ser similar para poder hacer la comparación, lo que dificulta la generalidad de los datos; es decir, teniendo en cuenta el tamaño de los grupos estos deberían ser homogéneos, en el presente estudio habían postgrados con un solo médico, lo cual hace difícil las comparaciones por la diferencia en el tamaño, haciéndolo un grupo heterogéneo frente a los demás postgrados que tenían un mayor número de residentes. Es preciso mencionar que los niveles de confiabilidad para validar un instrumento, dependerán en gran medida de los valores que se tomen de los participantes analizados, siempre que se mida la inteligencia emocional esta va a depender de la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y de otras personas, así como lo refiere en su artículo García-García et al.²⁸, es posible que aumentando el número de mediciones se puedan lograr mejores resultados como ocurrió cuando se realizaron comparaciones entre los postgrados ya que el número de médicos residentes en cada uno de ellos era muy diferente, es decir, los grupos no eran homogéneos en tamaño para poder realizar comparaciones^{28,37,38}.

A pesar de esta limitación, los resultados presentados pueden tener relevancia clínica, ya que contar con la identificación de procesos modificables como la rumiación cuyo manejo permita, al menos en parte, la disminución de la intensidad emocional y de ansiedad resulta importante, no sólo porque la aparición de ambos síntomas disminuye la calidad de vida del residente clínico/quirúrgico, sino porque una elevada intensidad de estos dos factores, puedan verse afectados en el futuro con sus relaciones personales, familiares y profesionales de no tener un diagnóstico a tiempo y en consecuencia una recuperación pronta y aunque muchas personas lo desconozcan, la rumiación y la intensidad emocional son un mecanismo para no reconocer las emociones que nos desagradan^{3,28}; es así como los médicos de algunas especialidades, por ejemplo los cirujanos, pueden llegar a sublimar su agresión con su profesión.

Además de esto se evidenció en este estudio, que el sexo masculino tiene una tendencia hacia la inhibición emocional, lo cual concuerda con el estudio de validación realizado para el cuestionario en donde el hallazgo en la muestra seleccionada sugiere que los hombres tienen más dificultades para expresar sus emociones, por lo cual las inhiben o “embotellan”^{2,21}. Este resultado es concordante también con los hallazgos del equipo de Roger et al.³, pero cabe destacar que su estudio fue realizado en estudiantes de pregrado; sin embargo concluye al igual que Artigas Arroyo²⁰ y McEvoy et al.²⁹ que la preocupación es una característica del índice emocional y de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. La presencia de estas variables se puede explicar por la necesidad que manifiestan las personas con este tipo de trastornos de encontrar una solución o respuestas ante los sucesos vitales, lo que aumentaría su sensación de control³⁰ y su creencia sobre la prevención de consecuencias indeseables³¹. Es conocida la relación entre el estado anímico y la sobrecarga laboral en los profesionales de la salud, de manera que este factor

produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos residentes, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Sin embargo, llama la atención que no haya una significancia estadística para rumiación en el sexo femenino y que se comporten igual que los varones que estén más inhibidos, por lo general las mujeres son el grupo más vulnerable, por la doble carga de trabajo que conllevan en la práctica profesional y las tareas familiares, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer, pero esto puede estar explicado por su estado civil. Muchos autores han demostrado que las mujeres tienden en mayor proporción a la rumiación que los hombres, cuando realizan estudios de prevalencia poblacional teniendo como resultados alto grado de malestar emocional y de trastornos afectivos demostrando que las mujeres presentan diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos en una proporción claramente superior a los hombres²⁹; todo ello ha llevado a generar múltiples esfuerzos explicativos de estas diferencias, debido a que actualmente los problemas psicosociales afectan de igual manera a hombres y mujeres, esto debido a factores sociales relativos a las condiciones de vida y distribución de oportunidades para hombres y mujeres, así como la diferente exposición a algunos tipos de situaciones estresantes; factores relacionados con el desarrollo de la personalidad, derivados tanto de determinantes biológicos y temperamentales como de los patrones de socialización y estructura social; intensificando en gran medida la reactividad emocional negativa (como la rumiación), una mayor focalización en los vínculos interpersonales y subvaloración, pero siempre se terminan gestionando de manera distintas sus propias emociones. Así, las mujeres son más propensas a padecer trastornos como la depresión o la ansiedad, mientras que los hombres tienden más a sufrir timidez, trastornos antisociales y a abusar de sustancias^{26,31}. Paradójicamente, el hecho que el grupo analizado muestra

relaciones más estrechas con la inhibición emocional, sugiere pensar el costo de restricción emocional y el aprendizaje de las formas de “enfrentamiento” para liberarse del malestar, generando un índice emocional, que termina en buscar formas para “distraerse”, situación que no necesariamente resuelve el problema o reduce el malestar a largo plazo. Sin duda, es necesario profundizar en estos hallazgos para comprender qué y cómo es que este grupo de residentes se ven presionados socioculturalmente y que afecten su vida diaria^{28,32}.

Asimismo, de las muestras tomadas para esta investigación con respecto a los residentes jóvenes, en cuanto a la rumiación, podemos destacar que afecta más a los que presentan una mediana de 28 años de edad, posiblemente debido a que comienzan una nueva etapa profesional y la sobrecarga laboral a la cual son sometidos, esto lo reflejan cuando se realizan este tipo de valoraciones indicando los resultados de desgaste emocional debido a los retos a los que se enfrentan, con estos resultados se deben tomar medidas para atacar los signos de alarma encontrados en esta investigación para así impedir la instalación de dicho problema psicosocial en dichos residentes que afecten su desempeño no sólo profesional sino también personal^{22,28}.

Con respecto a los residentes solteros o en unión libre que tienden a la rumiación, cabe resaltar que este estilo emocional se considera un factor de vulnerabilidad para la depresión, y las investigaciones sugieren que es un elemento que consigue exacerbar los efectos de la agresión, al mismo tiempo que favorece los procesos de ansiedad, trastornos alimentarios y situaciones estresantes³³; lo cual apuntaría a la posibilidad de un entorno más inseguro, disminuyendo su calidad de vida y aumentando los índices emocionales; sin embargo se hace necesario profundizar en estos hallazgos lo cual abriría paso a futuras investigaciones. Por otro lado, los residentes de nacionalidad venezolana que arrojaron resultados positivos hacia la rumiación, las evidencias muestran con claridad que estos residentes están

atravesando una etapa difícil, de agudas restricciones, con perspectivas muy inciertas. Tales deterioros, sin embargo, no pueden evidenciarse con rigurosidad por las grandes limitaciones a los que se ven expuestos, tanto del acceso a la información para todas las distintas áreas sociales, económica y la disposición tan escasa o inexistente para seguir avanzando en su preparación en los distintos postgrados clínico/quirúrgico que se encuentran ejerciendo y disminuyendo en gran medida las condiciones de vida¹³.

Al respecto, se ha indicado que los índices emocionales como la rumiación, que se valoraron en este estudio, pueden resultar perjudiciales, en tanto los residentes piensan constantemente en la situación de tristeza sin buscar solución y tienden a ser más vulnerables a episodios depresivos prolongados y severos. Incluso en estudios publicados por Nolen-Hoeksema et al.^{34,35} han encontrado asociación entre los estilos de respuesta rumiativas y estados depresivos con el trastorno de estrés postraumático, justamente porque se manifiestan emociones negativas como miedo, horror, ira o vergüenza. También se ha vinculado con el consumo de sustancia psicoactivas y los trastornos alimentarios (aunque en menor medida) porque la comida y el alcohol son vividos como comportamientos de escape, señalando que lo que parece decidir si una persona desarrollará alcoholismo o un trastorno alimentario son los factores sociales y culturales a los que se ven expuestos^{34,35}.

En este sentido, puede considerarse el papel que juegan las diversas variables, en particular la edad, el género y la nacionalidad ante los diversos retos que tienen que enfrentar estos residentes de nuevo ingreso, es enfrentarse a los cambios socioculturales que se generan en torno a su ambiente, así como los retos generacionales ante nuevas expectativas sobre su rol profesional.

Es importante aclarar que en el periodo de realización de la presente investigación hay un factor influyente que es la situación económica y social vivida en Venezuela, y esto es

importante ya que en el estudio de Guarino⁶, encuentran una significancia positiva en la rumiación emocional y el estrés asociado a síntomas físicos agudos; en la literatura revisada se encontró un artículo publicado en el año 2011 por Roger³, titulado rumiación, estrés y emoción donde describe factores de personalidad que muestran una implicación significativa del estrés sobre estados emocionales como la rumiación que puede afectar la salud en el componente cardiovascular e inmune; lo cual deja el campo abierto para futuras investigaciones que se interesen frente a los estilos emocionales y patologías orgánicas en los residentes^{7,36}.

Dicho de otra manera, parece en función de los resultados, que el proceso de “pensar” sobre lo que se siente o sobre una situación que genera estrés y malestar, sea desde el estilo reflexivo o desde el estilo de reproche puede resultar por sí mismo para las variables analizadas, que altere su índice emocional vinculándose a distintos malestares que alteran el estado anímico de estos residentes de la medicina^{7,28,37}. Sin duda, es necesario profundizar en estos hallazgos para comprender qué y cómo es que estos aprendizajes y presiones socioculturales permean la interacción entre las variables estudiadas y estar alerta ante la presencia de cambios emocionales en estos profesionales del área de la salud.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- 1) Los resultados presentados en esta investigación permitieron evidenciar una mirada global de la asociación que existe entre los estilos emocionales y el tipo de postgrado médico-quirúrgico en los residentes de primer año del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, sin embargo se considera importante tener en cuenta otros aspectos que puedan influir en las distintas encuestas y que contribuyan en el fortalecimiento para mejorar la condición de vida de estos profesionales de las distintas ramas de la medicina.
- 2) En esta investigación se pudo comprobar la hipótesis planteada, así como la identificación de los estilos emocionales más frecuentes en los postgrados médicos y quirúrgicos; adicional a esto, se pudo conocer de forma objetiva la problemática emocional (rumiación e inhibición emocional) que ocurre con los residentes de primer año en cuanto al sexo, la edad, el estado civil y la nacionalidad.
- 3) A nivel de especialización entre los residentes, se encontró significancia estadística entre la inhibición emocional y los residentes de nuevo ingreso con postgrados quirúrgicos, los cuales tienen más dificultad para expresar sus emociones al compararlos con los médicos con postgrados clínicos; sin embargo, a nivel descriptivo en los residentes de postgrados clínicos se evidenció una tendencia a la rumiación.
- 4) En cuanto al sexo, se encontró entre los residentes de primer año, que los hombres tienden hacia la inhibición emocional comparado con las mujeres, pero para el sexo femenino no hay una significancia estadística en cuanto a la rumiación, situación

que contrasta con estudios publicados, donde arrojan resultados con un alto grado de malestar emocional (rumiación) y de trastornos afectivos demostrando que las mujeres presentan diagnósticos de trastornos depresivos y ansiosos en una proporción claramente superior a los hombres²⁹; se podría hipotetizar que los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto al sexo, tienen relación con la similitud de algunos tipos de situaciones estresantes a las cuales se encuentran expuestos como el cansancio y la fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos, y su estado civil. Sin embargo, se hace necesario profundizar en estos hallazgos para comprender qué y cómo este grupo de residentes se ven presionados socioculturalmente y como se afecta su vida diaria.

- 5) Se evidenció una tendencia hacia la rumiación en los residentes de nuevo ingreso más jóvenes, con los de estado civil solteros(as) y unión libre, y con los de nacionalidad venezolana; siendo este, según lo planteado en la discusión, un factor de vulnerabilidad para la depresión, y que puede relacionarse con los trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria. Por lo tanto, debe ser tomado en consideración ya que esto impacta en la calidad de vida y por lo tanto en el desempeño profesional, de modo que sería interesante poder comparar en posteriores investigaciones entre residentes del primer nivel con otros de mayor escala.
- 6) Para finalizar, se considera importante tener en cuenta otros aspectos que puedan influir en las distintas escalas analizadas y que puedan mejorar y contribuir con otras investigaciones que estén relacionadas con el tema, además sería de alto valor para seguir mejorando todas estas pruebas que siempre traen beneficios para el buen

índice emocional del personal médico clínico como quirúrgico; un ejemplo para esto, son las investigaciones que proponen un nuevo instrumento para evaluar la sensibilidad emocional. Estos constructos de sensibilidad emocional son una alternativa teórica al concepto de neuroticismo, que permite superar sus limitaciones, fundamentalmente a la hora de medir la reactividad emocional y evaluar su implicación en la relación estrés-enfermedad^{4,8}.

5.2 RECOMENDACIONES

- 1) Implementar la aplicación del CEE en todos los residentes de los postgrados médico–quirúrgicos de nuevo ingreso, esto posibilitaría la evaluación y detección de posibles dificultades emocionales y pensamientos negativos, permitiendo así generar mejoras en su calidad de vida y en la atención a sus pacientes.
- 2) Ofrecerles a los residentes del primer año, el conocimiento de la importancia del CEE, que permitirá a corto plazo conocer alguna falla emocional y además ayudar a mejorar su estilo de vida, corrigiendo algunas deficiencias que puedan ser detectadas.
- 3) Implementar estrategias encaminadas a enseñar el manejo y control de las emociones, con orientaciones y planes para la formación de futuros especialistas en las distintas áreas de medicina.
- 4) Reducir la carga laboral para los residentes de primer año permitiendo la adaptación y el mayor desarrollo productivo en el área que se desenvuelvan.
- 5) Apoyar a los residentes de nuevo ingreso a través de talleres de autoestima, manejo e identificación de emociones y de desarrollo personal con el fin de transformar, de forma positiva, sus percepciones, pensamientos, y su comportamiento; esto generará

un cambio para que las enseñanzas impartidas sean cada día de alta calidad profesional.

- 6) Establecer un ambiente de trabajo adecuado para los residentes de postgrados clínico – quirúrgicos en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.
- 7) La rumiación se considera un factor de vulnerabilidad para depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, por tal razón es recomendable realizar futuras investigaciones con el fin de poder comparar los estilos emocionales entre residentes de diferentes años, esto ayudaría a detectar problemas que tendrían impacto en la motivación, satisfacción y desempeño de los residentes.

www.bdigital.ula.ve

6 BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. La depresión. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- (2) Roger D, Najarian B. The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Pers Individ Dif.* 1998;24(4):531-538.
- (3) Roger D, Guarino de Scremin L, Borril J, Forbes A. Rumination, Inhibition and Stress: The Construction of A New Scale for Assessing Emotional Style. *Current P Psychol.* 2011;30(3):234-244.
- (4) Roger D. Rumination, Stress, and Emotion. 2016. DOI:10.1016/B978-0-12-800951-2.00031-5
- (5) Herrera V, Guarino LR. Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales venezolanos. *Universitas Psychologica.* 2008;7(1):183-196.
- (6) Guarino LR. Emotional sensitivity: a new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship. 2003.
- (7) Guarino L. Adaptación y validación de la versión hispana del Cuestionario de Estilo Emocional. *Universitas Psychologica.* 2011;10(1):197-209.
- (8) Guarino LR, Roger D. Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema.* 2005;17:3465-3470.
- (9) Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation and their relationship to depressive symptoms. *Pers Individ Dif.* 2011;51:704-708. DOI: 10.1016/j.paid.2011.06.012
- (10) Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thoughts. *Psychological Bulletin.* 2008;134(2):163-206.

- (11) Bustamante-Ogando JC, Rosas-Vargas R, Barcelata-Eguiarte B, Vázquez-Rivera M, Espinosa-Garamendi E. Evaluación psicológica de los médicos aceptados al Postgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediat Mex.* 2014;35:202-211.
- (12) Martin J. Traducción y terminología. 15. 39. Madrid (España): Panace; 2014.
- (13) Roger D, Nesselhoever W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Pers Individ Dif.* 1987;8:527-534.
- (14) Eysenck HJ, Eysenck, SBG. Eysenck Personality Inventory. San Diego: Educational and Industrial Testing Service. 1964.
- (15) Eysenck SB, Eysenck H. Impulsiveness and Venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychol Rep.* 1978;43:1247-1255.
- (16) McDougall C, Venables P, Roger D. Aggression, anger control and emotion control. *Pers Individ Dif.* 1991;12:625-629.
- (17) Roger D, Guarino L, Olason D. Emotional style and health: A new three-factor model. Comunicación presentada en la 14va. Conferencia Europea de Psicología de la Salud, Leiden, Holanda. 2000.
- (18) Forbes A, Roger D. Stress, social support and fear of disclosure. *British J of Health Psych.* 1999;4:165-179.
- (19) Denegri M, Cabezas D, Herrera V, Páez A, Vargas M. Personalidad de marca de carreras de Psicología de Universidades Estatales en Chile: un estudio descriptivo. *Revista II PSI.* 2009;12(2):13-23.
- (20) Artigas Arroyo JL. Rasgos de la personalidad y desempeño de los médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología en México. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle.* 2014;11(42):51-86.

- (21) Ferrer Botero A, Londoño Arredondo NH, Álvarez Montoya GE, Arango Garcés LM, Calle Londoño HN, Cataño Berrío CM, Peláez Martínez IC. Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2015;7(1):73-96.
- (22) Hernández-Pérez F. Perfil socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel. *Rev CONAMED*. 2018;23(1): 21-27.
- (23) Rostami F, Mokhtari Nouri J, Ebadi A, Khaghanizade M. Development and psychometric evaluation of an emotional growth questionnaire for university students. *Health Promot Perspect*. 2018;8(4):303-307. doi: 10.15171/hpp.2018.43
- (24) Baptista T. Acreditación como médico especialista, guías básicas para elaborar el proyecto de tesis. Mérida: CODEPRE; 2006.
- (25) Andrade H. Bioestadística aplicada en ciencias de la salud: Guía Complementaria. 2018. [www.bdigital.ula.ve](https://www.researchgate.net/publication/330521436_Bioestadistica_Aplicada_Ciencias_de_la_Salud)
https://www.researchgate.net/publication/330521436_Bioestadistica_Aplicada_Ciencias_de_la_Salud
- (26) López J, Molins F, Litvan L. Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2013;33(119):497-510.
- (27) García-García JA, García-García GE, Arnaud-Viñas MR, González-Martínez JF, Arámbula-Morales EG, Mendoza-Guerrero JA. Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen*. 2009;72(4):178 – 186.
- (28) Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(2):221-9.

- (29) McEvoy PM, Brans S. Common Versus Unique Variance Across Measures of Worry and Rumination: Predictive Utility and Mediational Models for Anxiety and Depression. *Cognit Ther Res.* 2013;37:183–196.
- (30) Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 1994;17:791-802.
- (31) Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther.* 2000;38:933-994.
- (32) García Cruz R, Valencia Ortiz AI, Hernández-Martínez A, Rocha Sánchez TE. Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. *J Psychol.* 2017;51(3):406-416.
- (33) Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personal and Soc Psychol.* 1991;61:115–121.
- (34) Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008;3:400–424.
- (35) Caro I. Género y salud mental. Madrid: Biblioteca Nueva. (2001).
- (36) Concha M, Miranda C, Vergara G, Ibarra H. Intención y desarrollo de competencias en investigación clínica en programas de postítulo de médico especialista en Chile. *Rev Med Chil.* 2012;140:326-33.
- (37) Nolen-Hoeksema S, Rusting C. Gender differences in wellbeing. En D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being. The foundations of Hedonic Psychol.* 1999. p. 330-350.

- (38) Holm-Denoma JM, Hankin BL. Perceived physical appearance mediates the rumination and bulimic symptom link in adolescent girls. *J Clinical Child and Adolescent Psychol.* 2011;39(4):537-544. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.486324>.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1.

Cuestionario de Estilo Emocional (CEE)

Sexo: M___ F___

Edad: _____ años

Postgrado:

Estado civil: Casado ____, Soltero ____, Unión libre: ____

Nacionalidad:

Instrucciones: Lee las siguientes afirmaciones e indica cómo te sientes en relación con cada una encerrando en un círculo CIERTO o FALSO, según sea el caso. Si alguna de las afirmaciones no es enteramente cierta o falsa para ti, escoge la alternativa que más se te parezca. Si tú no has estado en la situación descrita, por favor indica como te sentirías si estuvieras en esa situación.

1. Yo recuerdo cosas que me molestan o enfurecen durante mucho tiempo.	CIERTO FALSO
2. Yo no soy una persona rencorosa: lo pasado, pasado está, y no pienso más en eso.	CIERTO FALSO
3. Cuando alguien me molesta, trato de ocultar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
4. Algunas personas necesitan a alguien en quien confiar, pero yo prefiero resolver mis propios problemas.	CIERTO FALSO
5. Me agito solo de pensar en las cosas que me han irritado en el pasado.	CIERTO FALSO
6. Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) pensando una y otra vez en las cosas típicas que me fastidian.	CIERTO FALSO
7. Aunque me sienta molesto(a) acerca de algo, no siento la necesidad de hablar con alguien sobre eso.	CIERTO FALSO
8. A la gente le resulta difícil detectar en mí si yo estoy entusiasmado(a) o no con algo.	CIERTO FALSO
9. Me gusta hablar sobre los problemas, para sacármelos de la cabeza.	CIERTO FALSO
10. Me siento vulnerable si tengo que pedir ayuda a otras personas.	CIERTO FALSO
11. En el pasado se me ha hecho más fácil resolver los problemas, si he hablado sobre ellos con alguien.	CIERTO FALSO
12. Es bueno escuchar los problemas en voz alta.	CIERTO FALSO
13. Si recibo malas noticias delante de la gente, generalmente intento ocultar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
14. Yo siento que es útil hablar sobre los problemas, aun cuando ellos no tengan solución.	CIERTO FALSO
15. Con frecuencia estoy preocupado(a) acerca de mi futuro.	CIERTO FALSO
16. Tengo amigos que sé que me ayudarían, pero es difícil para mí pedir ayuda.	CIERTO FALSO

17. Raramente muestro lo que siento acerca de las cosas.	CIERTO FALSO
18. Si veo algo que me da miedo o irrita, la imagen permanece en mi cabeza durante mucho tiempo.	CIERTO FALSO
19. Yo pienso que la gente muestra sus sentimientos muy fácilmente.	CIERTO FALSO
20. Mis fracasos me producen un constante arrepentimiento.	CIERTO FALSO
21. Cuando algo me molesta prefiero hablarlo con alguien, más que aguantármelo por dentro.	CIERTO FALSO
22. Para mí el futuro parece estar lleno de problemas e inconvenientes.	CIERTO FALSO
23. Hay algunas situaciones en las cuales no me siento capaz de confiar en alguien.	CIERTO FALSO
24. Con frecuencia siento como que estoy solo esperando que pase algo malo.	CIERTO FALSO
25. Cuando alguien me recuerda mis fracasos pasados, siento como si estuvieran ocurriendo de nuevo otra vez.	CIERTO FALSO
26. Si me pongo bravo(a) o me molesto, usualmente digo como me siento.	CIERTO FALSO
27. A veces tengo que forzarme a mí mismo(a) a concentrarme en algo, para mantener los pensamientos preocupantes sobre mi futuro fuera de mi mente.	CIERTO FALSO
28. Los pensamientos intrusivos sobre problemas que tendré que enfrentar en el futuro me hacen difícil concentrarme en una tarea.	CIERTO FALSO
29. Yo no me siento avergonzado(a) de expresar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
30. Yo no dejo que un montón de cosas sin importancia me irriten.	CIERTO FALSO
31. Desearía poder borrar de mi mente los recuerdos de fracasos pasados.	CIERTO FALSO
32. No soy capaz de confiarle a alguien mis problemas.	CIERTO FALSO
33. Tengo miedo de que si le confío mis problemas a alguien, se los cuente a otras personas.	CIERTO FALSO
34. A veces pienso tanto en cosas que me molestan, que soy incapaz de sentirme positivo(a) acerca del futuro.	CIERTO FALSO
35. No tengo miedo de pedir ayuda a alguien.	CIERTO FALSO
36. Yo me preocupo mucho menos que otra gente acerca de cosas que podrían pasar.	CIERTO FALSO
37. Me toma un tiempo inusualmente largo olvidar cosas desagradables que me pasaron.	CIERTO FALSO
38. A veces no me siento capaz de confiar ni siquiera en alguien cercano a mí.	CIERTO FALSO
39. Cualquier cosa que me haga recordar mis experiencias desagradables me trae a la mente todas las emociones vividas.	CIERTO FALSO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION.

TÍTULO: Frecuencia y comparación de estilos emocionales y especialidad médico-quirúrgica en residentes de primer año del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela) en las cohortes 2018 y 2019.

INVESTIGADOR: Protocolo de investigación presentado por Fedy Chtay Ammar, residente de postgrado de psiquiatría, para realizar la tesis de acreditación como especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

TUTOR: Dr. Ignacio Sandia, Profesor Asociado. Departamento de Medicina, ULA. Especialista en Psiquiatría de la Universidad Central de Venezuela. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

COTUTOR: Dr. Trino Baptista, Profesor titular. Departamento de Fisiología, ULA. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formato de consentimiento.

JUSTIFICACION: Las pruebas de personalidad psicométricos han sido utilizados en todas las áreas de trabajo del psicólogo, miden de manera estructurada los rasgos de personalidad, motivación, adaptación personal, sintomatología psiquiátrica, habilidades sociales y características actitudinales.

Actualmente se aplican diversas pruebas psicológicas para los postgrados de psiquiatría en la gran mayoría de universidades y para la admisión en el pregrado de psicología, siendo una condición necesaria para aspirar a ser profesional en este campo.

OBJETIVO: Evaluar la asociación de los estilos emocionales y el tipo de postgrado médico-quirúrgico seleccionado por el médico residente en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela).

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Si se demuestra la hipótesis planteada, se podrían identificar los estilos emocionales que predominan en los residentes en cada especialidad médico-quirúrgica, permitiendo una selección de residentes que se acomode más a las necesidades específicas de cada especialidad.

Si bien el proceso de selección de aspirantes se basa fundamentalmente en el resultado de la evaluación de conocimientos teóricos, es importante considerar las fortalezas y debilidades psicológicas de los médicos aceptados con el fin de detectar potenciales dificultades y establecer programas para trabajar los aspectos que permitan un mejor desempeño durante el curso de posgrado.

PROCEDIMIENTO: Esta investigación pretende identificar si existen estilos emocionales comunes en los residentes que cursan diferentes especialidades médico-quirúrgicas, con la aplicación del Cuestionario de Estilo Emocional. Se hace importante debido a que si se evidencia determinado estilo emocional en los admitidos a los postgrados médicos, se tendrá una evidencia que demuestre factores propios de la personalidad que influyen en la elección del tipo de postgrado a cursar; de llegar a ser comprobada esta hipótesis se podría implementar como instrumento de preselección a los aspirantes de los posgrados médicos, admitiendo así el personal idóneo según el estándar de calidad que pretende tener cada una de las especialidades médicas y de forma preventiva evitar futuras deserciones y conflictos de los médicos residentes.

ACLARACIONES:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer ningún gasto económico durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio utilizada para la identificación de cada residente será mantenida bajo estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Documento: _____

Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y al participante la naturaleza y propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Fedy Chtay Ammar

Residente primer año Psiquiatría

P: 445.680

Fecha: Noviembre del 2017.