Gaceta Mexicana de Oncología. 2016;15(3):158–167

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA
www.elsevier.es/gamo

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aspectos bioéticos ante la selección de residentes conforme al perfil de personalidad para subespecialidad oncológica

Humberto Bautista Rodríguez[a,*] **y Guillermo Rafael Cantú Quintanilla**[b]

[a] *Comité de Bioética Hospitalaria, Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México*
[b] *Maestría en Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México*

Recibido el 19 de febrero de 2016; aceptado el 1 de mayo de 2016
Disponible en Internet el 8 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE
Bioética;
Selección;
Perfil de personalidad;
Médicos residentes;
Subespecialidad médica oncológica

Resumen Se plantea un análisis bioético sobre una propuesta futura de carácter preventivo generada por una creciente problemática que se ha desarrollado en la unidad médica, correspondiendo esta situación a la interacción del personal que en ella labora, el cual se encuentra en contacto directo con las necesidades médicas y psicológicas del paciente y familiar oncológico, refiriéndose así al actuar médico que afecta a la relación del binomio médico-paciente. El planteamiento se hace para analizar y determinar cuáles podrían ser las repercusiones bioéticas al realizar la selección del personal médico residente, tomando en consideración su perfil de personalidad base y no solamente su perfil académico, porque al conocer el perfil de personalidad de cada médico residente se podrá determinar y pronosticar cómo será su actuar frente al paciente crónico.
© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Bioethics;
Choice;
Personality profile;
Resident doctors;
Medical oncology subspecialty

Bioethical issues before the selection of resident under personality profile for medical oncology subspecialty

Abstract A bioethical analysis is presented on a future proposal of a preventive character, created by a growing problem that has developed in the Medical Unit: this situation corresponds to the interaction of the staff that work in it, and which is directly associated with the medical and psychological needs of oncology patients and their families. Thus, it refers to a physician

* Autor para correspondencia. Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI. Avenida Cuauhtémoc y Eje 3 Sur. Col. Roma Sur, Ciudad de México, México. Tel.: +(55) 5627-6900. Ext: 22778.
Correo electrónico: Humberto@psico-oncologia.com.mx (H. Bautista Rodríguez).

http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.05.008
1665-9201/© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

update that affects the doctor-patient relationship binomial. The approach is to determine and analyse what might be the bioethical impact on selecting junior medical staff, by taking into account their personality-based profile, and not just their academic profile. This is because knowing the personality profile of each resident doctor may determine and predict how they will interact with the chronic patient.
© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El término «bioética» (del griego *bios*, «vida», y *ethos*, «ética») es un nombre nuevo, desconocido en amplios sectores de la sociedad actual, utilizado por vez primera por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter en su libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (1971), en el que propone la siguiente definición de su neologismo: «Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales».

La bioética está definida como «el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales»[1]; así pues, la bioética trata cuestiones del actuar humano, incluyendo cuestiones morales, epistemológicas y ontológicas y aceptando la diversidad de enfoques para construir un acuerdo moral de unidad, dando así lugar a un estudio pluralista cuyo contenido se va descubriendo mediante la evaluación y la discusión crítica de la racionalidad humana que busca el bien y la justicia para la misma humanidad.

Pero el problema de la bioética es lograr llegar a un acuerdo en el que se desarrolle el bien y la justicia para todas las personas que se encuentren ante un hecho concreto, porque este hecho, por muy pequeño que sea, al ser aceptado, rechazado o modificado generará cambios para todo el sector que se encuentre en la onda concéntrica; pero esta onda concéntrica desconoce sus alcances hasta que por fin alcanza la orilla que la reporta, llegando en algunos sectores a hacer un bien y en otros en hacer un mal.

Un problema bioético es aquel que se presenta ante una decisión en la cual se afecta a una de las partes, pero resulta afectada no por un acto de «dolo» sino por una afectación secundaria, ya que al tratarse de un acto con la intención de lastimar es automáticamente catalogado como un acto moralmente malo desde el inicio, con repercusiones de la misma índole; también un problema bioético es una cuestión conflictiva que se presenta en muchos ámbitos del desarrollo humano, incluyendo el aspecto de la salud (física y mental), porque la mayoría de las decisiones que realiza el ser humano sobre estos 2 últimos aspectos derivarán en repercusiones de forma directa e indirecta que podrán llegar a beneficiar o lesionar a terceros, y por lo tanto se requiere realizar un análisis detallado a la luz de valores y principios morales vigentes para resolverse. Al plantear un criterio como el perfil de personalidad del sujeto para aceptarlo como capaz de realizar una subespecialidad médica como las oncológicas podría ser considerado como excluyente y limitante sobre cada uno de los aspirantes, pero cabe recordar al médico inglés Thomas Percival, quien escribió un libro sobre ética médica, dedicado a ciertos aspectos éticos del ejercicio de la medicina. La obra de Percival, que data de principios del siglo XIX, responde a una situación en que las tensiones entre los médicos, especialmente por motivos de competencia profesional, eran muy intensas, situación que hoy se sigue repitiendo con mucha frecuencia en todos los ámbitos de la medicina y en especial de la llamada medicina privada, que vive de la clientela particular y de los seguros de gastos médicos.

Fue hasta el mismo siglo XIX cuando los colegios de médicos y asociaciones comenzaron a subrayar el interés por los aspectos éticos de la medicina, dando paso a la conformación de los primeros códigos deontológicos, que desde los valores inspirados en la ética hipocrática sintetizan las obligaciones que los médicos deben observar y replicar. Pero ante esta aclaración se presentó que en el año 2010 el servicio de atención al derechohabiente del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional registró 70 quejas contra el personal médico, constituyendo el 25% del total de las quejas; en el año 2011 se registraron 31 quejas en contra del personal médico, correspondiendo al 7% de las quejas; en el año 2012 fueron 27 quejas, correspondiendo al 30%[2]. Las relaciones humanas e interpersonales generan fricciones, pero estas fricciones en el ámbito del desarrollo de la relación terapéutica médico-paciente limitarán la evolución favorable del segundo, porque tal como se manifiesta en el Código de la Asociación Médica Americana, «la vida de un enfermo puede ser acortada no solo por los actos, sino también por las palabras o maneras de un sistema»[3], y toda queja interpuesta sobre el personal médico significa que se encuentra descontento con el trabajo o servicio recibido por parte del área médica tratante; pero al referirse al área médica no se hace alusión al espacio físico, sino al mismo personal que brinda la atención, y cuando en el actuar médico se está recayendo en este proceder, aun cumpliendo con el cometido de atender al paciente, se podría argumentar que fue otorgado el servicio, pero haciendo un daño al paciente.

Al día de hoy, con el progreso de la civilización y de las ciencias de la salud son muchas más las personas que pueden adquirir la formación médica, lo que plantea el dilema de seleccionar a las personas más idóneas para cada especialidad y subespecialidad que se han constituido y con su correspondiente impacto en la bioética, ya que el objetivo de formar personal sanitario enfocado en trabajar

con padecimientos humanos... es formar médicos profesionales humanos, los cuales puedan brindar y otorgar una atención que beneficie no solo el aspecto sintomático del receptor, sino que logre sanar los requerimientos reales del paciente, que está constituido como un ser bio-psico-social, mas no como un cuerpo con órganos portador de un padecimiento que hay que curar, sino que se debe intentar mejorar.

En muchos ámbitos laborales se han implementado diferentes procesos de selección y reclutamiento del personal; se evalúan las capacidades cognoscitivas mediante la aplicación de un test de coeficiente intelectual, se realiza una evaluación de conocimientos generales y varias entrevistas con el fin de conocer la historia y las características del candidato; en otras ocasiones, dependiendo del giro y de la dimensión de la empresa, también se incluye en la evaluación una valoración de las capacidades y competencias en sus candidatos, siendo en la mayoría de las ocasiones empresas que se encuentran enfocadas al ámbito de los servicios; pero no solo se limitan a evaluar sus capacidades, sino que realizan una evaluación en el perfil de personalidad de sus futuros trabajadores con el objetivo de conocer las características de su personalidad y así evitar alteraciones y problemas. El aspecto médico-quirúrgico es un área de trabajo muy delicada de estudiar y de desarrollar, debido a que el trabajo está enfocado sobre personas con necesidades que depositan su confianza sobre el médico. Y citando a Pellegrino y Thomasma, los cuales hacen referencia a que el *thelos* de la medicina es el bien del paciente, y lo definen como: «Ese bien [del paciente] es una idea compleja que incluye diversos bienes en una jerarquía ascendente: 1) el bien médico, que consiste en la restauración de las funciones fisiológicas y del equilibrio emocional; 2) el bien definido por el paciente, a partir de lo que este percibe como su bien; 3) lo que es bueno para los seres humanos como humanos y como miembros de la comunidad de los seres humanos, y 4) lo que es bueno para los seres humanos como seres espirituales»[4].

Así pues, en muchas áreas laborales se realiza la selección de sus empleados conforme al perfil de personalidad, tomando ese factor como fundamental para su aceptación. Países como Estados Unidos y Australia someten a todos los candidatos que desean estudiar medicina a varias pruebas psicométricas, junto con la aplicación de escalas cognitivas y entrevistas dirigidas, con el objetivo de predecir el desempeño de sus candidatos[5].

Eso ayudará a distinguir y a clasificar cuáles serán los candidatos que tendrán un buen desempeño académico clínico-quirúrgico, cumpliendo con el actuar médico pero dejando a un lado el desempeño y el desarrollo del *thelos* con el paciente y su familiar, cuestión que hoy en día es más que necesaria porque el aspecto de la medicina ha transmutado a un aspecto meramente económico, reduciendo el actuar médico-humano a un actuar médico-utilitario. En Australia se ha implementado una batería de evaluación para los candidatos a medicina llamada PQA (por sus siglas del inglés *Personal Qualities Assesment*) que consiste en 3 pruebas, las cuales miden las diferencias entre las habilidades del razonamiento cognitivo, identifican las características de personalidad por acercamiento (empatía y confianza) o alejamiento (narcisismo), y también determinan la orientación ética-moral, mostrando validez y confiabilidad al ser comparada con pruebas de personalidad[6].

A la fecha, se ha reportado un incremento considerable en los problemas con y entre los médicos residentes, siendo los principales problemas a nivel de desarrollo laboral (integración en el trabajo, apego a las reglas, interacción laboral, actitud y apego al trabajo entre superiores e iguales), así como problemas a nivel emocional (alteración y afectación en el estado de ánimo), incluyendo además problemas a nivel personal y relaciones interpersonales (agresiones físicas y verbales entre semejantes). Actualmente en la unidad médica se realizan 3 especialidades médicas (clínico-quirúrgicas) para la formación de médicos especialistas: oncología médica, oncología radioterápica y oncología quirúrgica. Para lograr ser aceptado y realizar la especialidad en la unidad médica, el residente debe cubrir requisitos académicos y haber realizado una especialidad médica previa. En el caso de oncología médica, se requiere tener la especialidad de medicina interna; para poder realizar la especialidad de oncología quirúrgica, el residente debe haber realizado cirugía general, y anteriormente, para la especialidad de oncología radioterápica se requería que tuvieran la especialidad en medicina interna, situación que ha sido modificada y actualmente solo se les pide que tengan la licenciatura de médico cirujano. Pero en ninguna de las 3 subespecialidades médicas se incluye como criterio de aceptación tener un perfil de personalidad óptimo para formarse y lograr desarrollar un buen trabajo clínico-quirúrgico necesario para atender y trabajar con las personas portadoras de una enfermedad oncológica (paciente y familiar).

Al ingresar al Instituto Mexicano del Seguro Social se especifica que a todo médico residente le es realizada una evaluación en cuanto a su perfil de personalidad, pero se desconocen los mecanismos de evaluación y los resultados generados en dichas evaluaciones; es decir, se desconoce qué perfil de personalidad presentan los médicos residentes que se encuentran en las diferentes especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Y un estudio presentado por Wright especifica que un médico estable en su personalidad que presenta conciencia, siendo extravertido y abierto a nuevas experiencias, suele desarrollar una carrera exitosa y placentera, sin importar la especialidad que desea realizar; pero un médico con personalidad neurótica está más predispuesto al estrés y a principios de *burn-out*[7]. Y dado que la instancia que realiza esa evaluación inicial no da a conocer los resultados, se desconoce el tipo y la forma de estructura de personalidad que presentan nuestros residentes, así como el tipo de predisposición y apego a normas y estatutos; pero más evidente, se desconoce el desarrollo del trabajo profesional y humano que aportará el médico.

En el año 2010 se realizaron varias modificaciones en el área de oncología médica debido a que existían problemas con el desempeño académico de sus residentes, problemas en el ámbito laboral y de relaciones interpersonales; se realizaron cambios en los hábitos de estudio, en los tutores, en los días de descanso, en la derivación de pacientes e inclusive en los periodos de vacaciones para intentar mejorar el desempeño de los médicos residentes, pero no fue suficiente para mejorar la dinámica del área, pues se han reconocido los peligros de las largas jornadas y de la privación del sueño para la salud y la seguridad de los médicos y los pacientes.

Médicos cansados «no funcionan bien y no logran retener lo que han aprendido», como afirma Lockley en su artículo «*Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance*»[8]. Así que ante la nulidad en el cambio o en la reducción de la problemática, se procedió a la exploración del perfil de personalidad de los médicos residentes de dicha especialidad médica oncológica.

Al realizar la valoración y obtener los resultados, se esclareció que las alteraciones y los problemas de funcionamiento del área de oncología médica se debían a la presencia de psicopatología psiquiátrica y a procesos de neurosis no adaptativa entre sus residentes, siendo estas alteraciones: «trastorno de personalidad de tipo esquizofrenia de tipo paranoide, 4.17%; trastorno de personalidad antisocial, 4.17%; trastorno neurótico de personalidad, 4.17%; trastorno bipolar, 4.17%; trastorno obsesivo-compulsivo, 8.33%; trastorno depresivo, 8.33%; sin alteración psíquica, 20.83%; síntomas depresivos, 45.83%»[9].

Desarrollo

Debido a esto, se planteó la necesidad de realizar la valoración de todos los médicos residentes que ingresan a la unidad médica, a fin de conocer y evitar futuras alteraciones en el correcto desempeño y atención a los pacientes que son atendidos en la esta unidad médica y para vislumbrar posibles focos de distrés entre la interacción del personal. Se realizó otro estudio en el año 2012 con todos los médicos residentes de primer año de las 3 especialidades médicas que fueron aceptados y que ingresaron a realizar su residencia; estos son los rasgos dominantes de las personalidades que se encontraron en los 21 médicos evaluados: «personalidad limítrofe, 4.76%; hipocondría, 4.76%; obsesión-compulsión, 4.76%; personalidad pasivo-dependiente, 4.76%; personalidad pasivo-agresiva, 4.76%; personalidad antisocial, 9.52%; personalidad histérica, 9.52%; inestabilidad emocional, 9.52%; personalidad paranoide, 9.52%; narcisismo, 9.52%; baja autoestima, 14.3%; trastorno bipolar, 14.3%»[10].

Al ver este tipo de personalidades se especifica que la capacidad de conflicto con los residentes de especialidades oncológicas del primer año de la generación 2012 del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI es bastante alta, correspondiendo a un 71.42% de la población de residentes para generar y desarrollar conflictos entre ellos, con figuras de autoridad, con alteraciones de normas y reglas internas; harán caso omiso a figuras de jerarquía; se apoyarán sobre pretensiones falsas y arbitrarias con el fin de obtener su beneficio; presentarán poca y muy reducida capacidad de frustración, así como serán los iniciadores de conflictos y revueltas dirigidos a su propio beneficio, siendo estos altamente reactivos y no aceptando sus faltas. En contraparte, se cuenta solo con el 28.56% de los residentes con una baja capacidad para generar o desarrollar conflictos, pero estos desarrollarán procesos de identificación y afiliación ante situaciones que consideran injustas o con presencia de alevosía y ventaja sobre ellos, notificando al posible iniciador de la conflictividad, no siendo iniciadores de algún proceso negativo. Desarrollarán periodos de enojo, rebeldía y malestar traducidos en baja capacidad de trabajo y desempeño académico.

Tabla 1 Rasgos dominantes patológicos

Esquizofrenia
Personalidad limítrofe
Personalidad pasivo-agresiva
Personalidad antisocial
Personalidad histérica
Inestabilidad emocional
Personalidad paranoide
Narcisista

Cuando el profesional sanitario presenta alteraciones a nivel emocional o psicológico, se presentará afectación en el desempeño laboral, repercutiendo de forma directa en el trabajo y en el desarrollo terapéutico del paciente, generando a su vez problemas en el funcionamiento del servicio clínico o quirúrgico que a la larga conllevarán a desviaciones que se manifestarán como problemas a nivel legal (materia civil o penal).

Retomando a Thomasma y Pellegrino, en el paradigma de las virtudes referente al «acto de profesión», el médico ha realizado una promesa de estar al servicio de los enfermos al ingresar a estudiar esta profesión, estando ligado por el «juramento hipocrático»; con esto no me refiero a que el médico se encontrará al servicio entero del paciente, pero que sí se realizará una entrega en búsqueda de otorgar el máximo beneficio para lograr la estabilidad y la recuperación del paciente, siendo que los receptores de los servicios de los médicos residentes de esta unidad médica son pacientes con una enfermedad neoplásica y considerados como una población vulnerable ante la enfermedad y el tratamiento; por consiguiente, al encontrarse perfiles de personalidad conflictivos o reactivos de forma negativa sobre su desarrollo común en el quehacer con otros profesionales y para con el paciente, se presentarán alteraciones severas de tipo interpersonal y, evidentemente, se afectará el proceso terapéutico del binomio médico-paciente. En la tabla 1 se presentan los perfiles de personalidad que generan mayor alteración en la interacción del binomio terapéutico.

El problema que presentan estos perfiles conflictivos es la poca interacción y cohesión con el entorno, y, como se ha descrito anteriormente, la evolución de dichos perfiles ante la interacción entre ellos generará conflictos entre sí y sobre los demás perfiles que no presentan mayor alteración o interacción social, buscando solo su propio beneficio maximizando su bienestar sin importar el resto de la comunidad, llegando a utilizar a los demás a su beneficio para lograr un estado mejor; pero al realizar la interacción entre el paciente oncológico y su familiar se desarrollarán evidentes alteraciones y conflictos, debido a que estos perfiles definidos por su etiología no se apegarán del todo a normas establecidas, como el seguir indicaciones de los superiores, presentando justificaciones sobre su actuar, aunque este actuar no desarrolle un beneficio o busque un beneficio para el paciente, sino más bien único e individualista... llegando a ser racionalista, pero para fines de este publicado serán considerados como «perfiles racionalistas», delimitando que la evolución psíquica y social del perfil racionalista será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética

del Personal de Salud, el cual especifica que «el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia»[11], recurriendo los perfiles racionalistas a solo velar por sus propios intereses —mas no por los de la institución médica— mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al artículo 36 del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica «la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad»[12]; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y racional se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud, el cual especifica que «el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo»[13].

Pero no se quedará solo con el actuar de forma individual, sino que será manifiesto y derivado con el receptor del servicio clínico-quirúrgico, y reflejado como las 2 principales quejas interpuestas de carácter formal por los pacientes, siendo estas «maltrato» y problemas de «información». Analizado el «maltrato» en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros»[14]. Y al maltratar a una persona no se está haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que ante este actuar se está incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el artículo 2 de la carta, el cual hace referencia a recibir trato digno y respetuoso, y especifica: «La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes»[15], encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los artículos 51 y 83, así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (artículos 25 y 48). Pero en la queja interpuesta no se especifica qué tipo de «maltrato» fue acreedor el paciente: si fue de carácter verbal, físico o psicológico. Pero aun así, al no haberse respetado el artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los estándares de trato social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares «debe ser profesional, amable, personalizado y respetuoso hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales»[16], así como tampoco se respetó el artículo 6 del capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la conducta bioética en la prestación de servicios de salud y especifica que «la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante»[17], y también el artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que «la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación»[18]. Pero tampoco se respeta el artículo 13 del capítulo III del mismo código, que hace referencia al enfermo como centro de interés de la bioética, y especifica que «los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto»[19].

Tabla 2 Declaraciones y códigos no respetados ante el maltrato de médico a paciente

	Artículos
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1.°
Derechos Generales de los Pacientes	2.°
Código de Bioética del Personal Sanitario	6.°, 8.° y 13.°
Código de Conducta del Personal Sanitario	1.°
Total de faltas bioéticas	6

Al realizar la comparación en cuanto a los códigos y artículos de índole «no vinculante» que se verán afectados por el concerniente concepto de «maltrato» derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de códigos y declaraciones no vinculantes, como se muestra en la tabla 2.

Ante el análisis y la clasificación de principios bioéticos que no fueron respetados se encuentran: beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar no se les está dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que no se está respetando el principio de no maleficencia; no se respetó el principio de justicia, ya que al proporcionar «maltrato» al paciente se le puede estar proporcionando «dignidad» porque se le está otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin duda en la maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de «falta de información»; ante esta queja se está afectando al tercer derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, especificando que «la paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen

derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad», amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 29 y 30 NOM-168SSA1-1998, del expediente clínico, numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud de 2002, en cuyo apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe proporcionar la información clara, oportuna y veraz que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario «informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana»[16], así como también no se realizó el apego al artículo 14 del capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente, y aclara: «El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad»[20].

Al realizar la comparación en cuanto a los códigos y artículos de índole «no vinculante» que afectan el concerniente concepto «falta de información» derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de códigos y declaraciones no vinculantes, los cuales se muestran en la tabla 3.

No se respeta el principio bioético de beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no se le está ofreciendo un beneficio. No se está respetando el principio de no maleficencia, porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le está afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respeta el principio de autonomía, ya que el paciente, al no contar con información comprensible, no podrá tomar decisiones con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la maleficencia.

Tabla 3 Declaraciones y códigos no respetados ante problemas de información de médico a paciente

	Artículos
Declaración Universal de los Derechos Humanos	—
Derechos Generales de los Pacientes	3.°
Código de Bioética del Personal Sanitario	14.°
Código de Conducta del Personal Sanitario	1.°
Total de faltas bioéticas	3

Pero al realizarse las interacciones entre los médicos residentes y desarrollarse los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales no se está respetando el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros»[14] que aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder, continuando con el análisis del maltrato pero empleando el código de conducta del personal sanitario, el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario. Y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de conducta laboral, donde se especifica que «la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora»[21]. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el artículo 5, que especifica que «es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor»[22]. También en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que «la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios»[12]. Evidentemente, al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo, y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos no se está respetando el artículo 5, referido a «recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional»[23].

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente, sea de menor, mayor o igual jerarquía, se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que, al no ser vinculantes, pueden pasar inadvertidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del «*thelos* de la medicina» sobre el paciente. Estas faltas se ilustran en la tabla 4.

Discusión

Retomando los perfiles racionalistas e iniciando con la *esquizofrenia*, las características de esta personalidad serán

Tabla 4 Declaraciones y códigos no respetados ante el maltrato de médico a médico

	Artículos
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1.°
Derechos Generales de los Pacientes	1.°
Código de Bioética del Personal Sanitario	5.°, 36.°
Código de Conducta del Personal Sanitario	5.°
Total de faltas bioéticas	5

narcisistas e indulgentes consigo mismo, debido a que él cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de su propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa, desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda, y se mostrará altamente irritable, con tendencia a discutir y a evitar figuras de autoridad, porque no las reconoce, situación que genera gran conflicto en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral, debido a que al no reconocer figuras de autoridad hace caso omiso de indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictos con su relación interpersonal, argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma, sin lograr interactuar de forma recíproca con la sociedad. Llega a elaborar sus propios juicios de razón sobre cualquier situación, sea esta de carácter laboral, académico, social o personal, proponiendo esta situación al trabajo directo sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este, siendo que un error de estas características generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre este que conllevará a su deterioro o posible muerte, recayendo en este caso en la maleficencia del paciente[24].

La *personalidad limítrofe* es la presencia de periodos alternos entre gran insensibilidad con respecto a las consecuencias de sus acciones y preocupación excesiva con respecto a los efectos de su comportamiento; como ejemplo de cierto tipo de paradoja, ante una insensibilidad sobre las consecuencias sociales de la propia conducta y una excesiva preocupación de su conducta se presentarán episodios en los que su comportamiento es de *actingout*, seguido de sentimientos de culpa y censura de sí mismos; sin embargo, esto no impedirá que manifieste *actingout*, y posteriormente serán comunes las quejas somáticas vagas, las tensiones y la fatiga. A menudo informarán que se sienten exhaustos e incapaces de enfrentar los problemas que los rodean. Los sentimientos de dependencia y su inseguridad personal dificultarán su adaptación. Son tan inseguros que necesitarán con frecuencia que se les muestre confianza acerca de su propia valía. Ante la convivencia en el ámbito de trabajo se desarrollará la búsqueda de personalidades dominantes y de respaldo que puedan en algún momento desarrollar vínculos de amistad, pero en búsqueda de aceptación y protección; pero al presentarse en su mayoría personalidades conflictivas, se manifestará frustración y desaprobación propia, generando irritabilidad y malestar. Ante el trabajo clínico, quirúrgico o académico presentará poco desenvolvimiento, llegando en algunas ocasiones a manifestar interés en el aspecto del paciente (estudio de caso, mejor proceso de intervención quirúrgica) y en algunas otras (en momentos de frustración) apatía, desgana, maltrato y frialdad sobre el paciente[24]. Al realizar un trabajo terapéutico encubierto con el paciente, con el objetivo obtener el reconocimiento de otros recaerá en el no respetar al paciente, porque puede no llegarlo a reconocer como persona sino como objeto de estudio.

Los rasgos característicos de la *personalidad pasivo-agresiva* es que presentarán angustia extrema, informando que sienten ansiedad, tensión, inquietud y presentando quejas somáticas, con episodios de agresividad y belicosidad. Son personas ambiciosas, pero al carecer de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden. Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en sí mismos, a pesar de lo que los demás piensen, con resistencia a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben. Ante el trabajo clínico, presentarán excusas para la no realización de las actividades requeridas, y aunado a la demanda constante del paciente oncológico, desarrollarán constantes procesos de enojo, frustración e ira, ya que manifestarán y presentarán somatización como forma de justificación y recaerán en la maleficencia del paciente, porque no desarrollarán vínculos de armonía ni de relación terapéutica entre el binomio médico-paciente[24].

La *personalidad antisocial* desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en maleficencia, no respetando la autonomía y beneficencia del paciente y, por consiguiente, no ejerciendo la justicia, porque esta personalidad busca generar dificultad a nivel de norma social, ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar, ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico[24].

La *personalidad histérica* presentará quejas físicas vagas, que aumentarán bajo el estrés y desaparecerán cuando este disminuya. Generalmente no se presentarán ansiedad ni depresión graves, desarrollando un nivel de eficiencia reducido en los ámbitos académico y profesional. Preferirán explicaciones médicas con relación a sus síntomas y se resistirán a aceptar interpretaciones psicológicas; asimismo negarán y racionalizarán fallas presentando poca capacidad de *insight* sobre sus dificultades. Se percibirán a sí mismos como normales, responsables y sin fallas, no sentirán preocupación por sus síntomas y problemas, siendo demasiado optimistas e ingenuamente ilusorios. Se manifestarán periodos de inmadurez, egocentrismo y egoísmo, por lo que también podrán ser muy narcisistas. Se mostrarán pasivos y dependientes, desarrollando inseguridad si

no obtienen la gran atención y simpatía que necesitan. Se les verá como sociables y extrovertidos, pero sus relaciones serán típicamente superficiales, ya que no se involucran con los demás. Existirán ganancias secundarias asociadas con las quejas físicas. Posiblemente mostrarán resentimiento y hostilidad hacia quienes ellos consideran que no les ofrecen suficiente atención y apoyo, ya que se sentirán injustamente tratados por la vida. Se les considerará sobrecontrolados y pasivo-agresivos en sus relaciones, mostrando arrebatos de ira ocasionales. Otra característica de este tipo de personalidad es la tendencia a reducir los hechos del exterior, es decir, a minimizar la sintomatología que puede llegar a manifestar el paciente ante su enfermedad o dolor secundario derivado de este, realizando maltrato de forma pasiva al paciente; pero cuando se presentan episodios de estrés, las acciones de este tipo de personalidad no podrán medir su actuar[24].

La *inestabilidad emocional* se manifiesta como enojo crónico e intenso, con impulsos hostiles y agresivos, por lo que no conseguirán expresar de manera apropiada sentimientos negativos, con problemas para controlarse, desarrollando y manifestando periodos breves de exhibicionismo *(actingout)* violento y agresivo; asimismo, ignorarán el origen de este comportamiento agresivo y sus consecuencias. Serán extrapunitivos, considerando su comportamiento como problemático, ya que culparán a los demás de lo que les sucede. No mostrarán ansiedad ni depresión que los incapacite, pero en cambio expresarán sus quejas somáticas. Se presentarán desadaptación sexual y promiscuidad de forma común ante situaciones de estrés sobre este tipo de personalidad. Tenderán a exigir la atención y la aprobación de los demás, en especial de las figuras de autoridad o superiores en sus ámbitos de trabajo; serán muy susceptibles al rechazo y a la desaprobación sobre una acción mal tomada o alguna corrección realizada sobre estos, tornándose hostiles cuando se les critique. Aunque exteriormente se mostrarán conformes, interiormente serán rebeldes. Después de presentar periodos de *actingout*, se pueden desarrollar pensamientos o acciones suicidas. Muchas veces expresarán su agresión en forma pasiva pero insistente, por lo que es factible que ello les llegue a ocasionar problemas con los demás; esa es la razón por la que muchas de estas personas presentan conflictos con su familia o con su pareja. Ante la dinámica con las demás personalidades presentes en el área de trabajo del residente se buscará desarrollar alianzas con personalidades inferiores a fin de poder contrarrestar alguna personalidad sobresaliente o más dominante de esta; al no lograrlo, se desarrollarán conflictos con estas, buscando la nula unificación de los demás. En este tipo de personalidad, al estar en contacto con pacientes desarrollarán desapego, poco o nulo interés ante la interacción y el trato directo con el paciente, recayendo en la maleficencia sobre este último, porque no será considerado como una persona que presenta necesidades[24].

En la *personalidad paranoide*, se mostrarán demasiado susceptibles y desconfiados, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de trastornos en el pensamiento, y se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Aunque se describirán a sí mismos como felices, tranquilos, adaptables y con buenas condiciones de salud, serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del trabajo con los pacientes se presentarán conflictividades, ya que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirán la línea de jerarquía marcada, porque optarán por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que les convenga. No podrán reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente, que podrá traducirse en errores médicos que lesionarán al paciente, inclusive llegando a dañar o a matar al paciente ante un actuar mal enfocado, recayendo en maleficencia sobre el paciente de forma secundaria por un actuar no mesurado[24].

Los médicos con un perfil dominante de *personalidad narcisista* se mostrarán inmaduros, narcisistas e indulgentes con sí mismos, se caracterizarán por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás; asimismo, buscarán atención y simpatía. Por lo general sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán característicos de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Considerados irritables, malhumorados, personas a las que les gustará discutir, resentidas con las autoridades, serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos de superioridad-autoridad sobre los pacientes, y se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante se desarrollarán conflictos y comenzará la lucha por el poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas, recayendo esta personalidad en la maleficencia de su actuar sobre el paciente[24] y traduciendo este actuar en un problema de maleficencia sobre el paciente, generando así el «maltrato» directo con su actuar.

Todas las personalidades anteriormente presentadas ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta característicos de cada una de ellas desarrollarán eventualmente conflictos entre iguales; ante esto no se están respetando el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros»[14], que se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario, el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales

de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de conducta laboral, que especifican que «la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora»[21].

Conclusiones

De aceptarse la propuesta de selección de residentes para realizar alguna de las especialidades oncológicas empleando como criterio el perfil de personalidad base, permitiendo solo a los residentes que presenten un perfil de personalidad sin psicopatología psiquiátrica que afecte la interacción con la sociedad, residentes, personal sanitario, pero principalmente pacientes y familiares con padecimiento oncológico, y al analizarlo con un enfoque personalista-principialista se vislumbrarán problemas bioéticos, debido a que no se respetarán los principios como la beneficencia, la autonomía, la justicia, la humildad, el permiso, y se recaerá sobre maleficencia en el residente, ya que será rechazado por una condición de interacción social y sus posibles consecuencias, no respetando su capacidad de actuar y racionalizar, pudiendo plantear soluciones como el aceptarlos a la residencia y canalizar dichas personalidades conflictivas para que inicien un proceso de salud mental, pero con el inconveniente de que, por la nomenclatura y la conformación de la personalidad, estas no aceptarán reconocer encontrarse en dicha condición, evitando o inclusive no acudiendo a iniciar un trabajo psicoterapéutico, ya que no reconocerán motivos de consulta; al plantearse que la condicionante de aceptación es el proceso psicoterapéutico acudirán, pero no con la convicción de buscar o lograr una mejoría, recayendo en intentar manipular la situación mostrando estabilidad emocional, derivando así a iniciar un proceso de vigilancia estrecho con el servicio de salud mental (saturando dicho servicio con más carga de trabajo), pero esa intención podrá ser integrada e interpretada como «acoso» sobre el mismo médico residente, derivando en focos de distrés.

Evidentemente, la unidad médica, al aceptar esa propuesta de selección y ser analizada con un enfoque personalista, se le estaría presentando como una unidad médica elitista y excluyente, llegando a no ser inclusiva y en cierta forma discriminativa y racional porque no visualiza el maleficio directo de la persona excluida con la justificación de su máximo beneficio. Pero al realizar el análisis bajo un enfoque utilitarista-principialista se estarán respetando los principios que se estarían violando bajo el enfoque personalista, debido a que ante la decisión de no aceptación del residente por psicopatología se estará limitando la plantilla de médicos residentes a solo personas con capacidad psíquica de poder abordar y trabajar sobre las necesidades del paciente-familiar y los requerimientos de la unidad médica, buscando el desarrollo del «*thelos* de la medicina» en cada actuar y proceder del médico y de la unidad médica. Se generarán beneficios en todas las partes involucradas, afectando solo al individuo que no es apto para ese requerimiento. Así pues, si se aceptara y aplicara la propuesta de selección se reducirían las quejas de maltrato y los problemas interpersonales que actualmente se reportan, y no se presentarían violaciones bioéticas sobre el paciente-familiar, médicos y personal sanitario.

Pero ante un actuar en el cual se presentan consecuencias de forma directa e indirecta para varias partes, deben evaluarse las consecuencias no solo a corto plazo sino como con la onda concéntrica, y solo se sabrá de su alcance cuando toque tierra firme. Así que si este aspecto es evaluado y visto de forma inmediata se podrá considerar solo el rechazo, limitando el proceder de la unidad excluyente, pero al visualizar la decisión de forma prospectiva sobre la no aceptación por psicopatología se estará generando un beneficio al residente, ya que no se le permitirá sumergirse en un ambiente académico-laboral de estrés como lo son estas 3 residencias médicas cuyo principal denominador es un paciente con amplias necesidades físicas, médicas, emocionales y psicológicas, sumergido en un proceso de cambios y modificaciones de carácter holístico, y un familiar convertido en cuidador principal que en la mayoría de las ocasiones se encuentra criticado y maltratado por una sociedad que no entiende de la enfermedad; así, estos dos recaen en refugiarse en el actuar médico, absorbiendo estructura psíquica del personal sanitario y generando en las personalidades con psicopatología conflictiva cuadros reactivos negativos transmutando el estrés en distrés y focos de alteración mayor. Así que resulta mucho más conveniente no exponer al médico residente a situaciones negativas y de alteración y canalizarlo a un área de acción en la cual no pueda generar ni generarse un daño, y así podrá presentar mejor control y desarrollo psíquico, beneficiando de forma directa a la sociedad y a los pacientes que pudieran haber presentado algún daño directo o colateral con su actuar, siendo este enfoque de propuesta con carácter humanista, ya que contempla un beneficio para todas las partes involucradas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Reich WT, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed. Nueva York: MacMillan; 1995.
2. Estadística, Departamento de Atención al Derecho-Habiente UMAE. Hospital de Oncología, 2013.
3. Código de Ética. Asociación Médica Americana.
4. TheVirtues, 58. En: Ferrer JJ, Álvarez JC, editores. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Brasil: Ediciones Loyola; 2003. p. 179–200.
5. Koenig JA, Sireci SG, Wiley A. Evaluation the predictive validity of MCAT scores across diverse applicant groups. Acad Med. 1998;73:1095–106.
6. Bore M, Munro D, Kerridge I, Powis D. Selection of medical students according to their moral orientation. Med Educ. 2005;39:266–75.
7. Wright N, Tanner MS. Medical students' compliance with simple administrative tasks and success in final examinations: Retrospective cohort study. Br. Med. J. 2002;324:1554–5.
8. Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33 11 Suppl.:7–18.

9. Bautista H. Evaluación de Personalidad en Médicos Residentes de Oncología Médica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, como medio de conocimiento del personal a fin de reducir alteraciones en el trabajo con el paciente y del servicio [tesis de Maestría]. México, D.F.: Centro de Postgrados de Estado de México; 2010.
10. Bautista H. Predicción de Problemas en áreas de trabajo Clínico-Quirúrgicas del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mediante la Evaluación de Personalidad de los Médicos Residentes del Hospital; como medio de conocimiento del personal a fin de evitar alteraciones en el trabajo con el paciente y el servicio [tesis doctoral]. México, D.F.: Centro de Postgrados de Estado de México; 2012.
11. Código de Bioética del Personal de Salud, art. 4, cap I.
12. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código de Bioética del Personal de Salud, art. 36, cap. IV.
13. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud, art. 39, cap. IV.
14. Declaración Universal de los Derechos Humanos, art 1.
15. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, art. 2.
16. Código de Conducta del Personal de Salud, dictaminado en 2002.
17. Código de Bioética del Personal de Salud 2002, art. 6, cap. II.
18. Código de Bioética del Personal de Salud 2002, art. 8, cap II.
19. Código de Bioética del Personal de Salud 2002, art. 13, cap III.
20. Código de Bioética del Personal de Salud 2002, art. 14, cap. III.
21. Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.
22. Código de Bioética del Personal de Salud 2002, art. 5, cap. I.
23. Carta de los Derechos Generales de los Médicos, art. 5.
24. Gómez-Maqueo E, León M. Uso e interpretación del MMPI-2 en español. México D.F.: Manual Moderno; 2003. p. 166–91.