

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN MEDICOS QUE OPTAN
AL PROGRAMA DE ESPECIALIDADES CLINICAS**

Análisis descriptivo del inventario multifásico de la personalidad, de los médicos egresados de la universidad de San Carlos, que optaron al programa de especialidades clínicas en la ciudad de Guatemala en 1992.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

LUIS ESTUARDO LOMBARDI GARCIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
7(6758)

Guatemala, 27 de Julio de 1992.

Dr. Raúl Castillo.
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud. C.I.C.S.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Estimado Dr. Castillo:

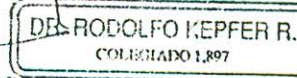
Por éste medio hago de su conocimiento que he asesorado el trabajo de Informe Final de Tesis, titulado " RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN MEDICOS QUE OPTAN AL PROGRAMA DE POST-GRADO ", perteneciente al Br. LUIS ESTUARDO LOMBARDI.

Considerando que el mismo llena los requisitos esperados por la Unidad Coordinadora de Tesis, doy mi aprobación.

Cordialmente.

Rodolfo Kepfer
Dr. Rodolfo Kepfer

Asesor del Programa para
Formación de Docentes.
Fase IV.
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos.



Guatemala, 27 de Julio de 1992.

Dr. Raúl Castillo.
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud - C.I.C.S.
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos.

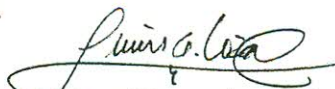
Doctor Castillo:

Por éste medio hago constar que he revisado el Informe Final de Tesis del Dr. LUIS ESTUARDO LOMBARDI, titulado " RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN MEDICOS QUE OPTAN AL PROGRAMA DE POST-GRADO ", Análisis Descriptivo del Inventario Multifásico de la Personalidad de los médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que optaron al programa de Residencias de Post-grado en 1990, el cual considero que llena los requisitos necesarios para su aprobación.

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

DR. LUIS ALFONSO LOZA C.
MEDICINA INTERNA
COL. 3,233



Dr. Luis Alfonso Loza Corado
Jefe de la Unidad de Salud.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 16 de febrero

de 1992.

Se informa que el Bachiller: LUIS ESTUARDO LOMBARDI GARCIACarnet: 86-12889 ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:"RASGOS DE PERSONALIDAD EN MEDICOS QUE OPTAN AL PROGRAMA DE ESPECIALIDADES CLINICAS"

y cuyo Asesor y Revisor firman conforme y satisfechos:

Rodolfo Kepfer
Asesor

Firma y sello
DR. RODOLFO KEPFER R.
COLEGIADO 1,897



DR. LUIS ALFONSO LOZANO C.
MEDICINA INTERNA
COL. 3,233

Luis Alfonso Lozano
Revisor
Firma y sello

Registro Personal No. 11,624Vo.Bo. X

Dr. Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE:



José Ernesto Cabrera Franco
Dr. José Ernesto Cabrera Franco
Becario

Los conceptos, resultados, conclusiones y recomendaciones expresados en este trabajo son responsabilidad única del asesor, revisor y autor.

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III	JUSTIFICACION	4
IV	OBJETIVOS	5
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI	METODOLOGIA	17
VII	PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	20
VIII	CONCLUSIONES	74
IX	RECOMENDACIONES	75
X	RESUMEN	77
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
XII	ANEXOS	81

I INTRODUCCION

El médico, en la trayectoria de su profesión se enfrenta a una realidad, en la que por las demandas académicas y los horarios laborales que la misma educación conlleva, no le permite muchas veces gozar de tiempo de recreación, lo que impide liberar la tensión que de dicha circunstancia se deriva. Si a ello le agregamos que debe afrontar el dolor que los pacientes experimentan con la enfermedad y las alteraciones emocionales, que generalmente le acompañan, todo ello eventualmente podría redundar en su estabilidad psíquica, reflejándose en diferentes y diversos rasgos de la personalidad. De aquí nace la inquietud de cuantificar el daño que en el orden psíquico, cobra la carrera de Medicina, por medio de uno de los instrumentos psicológicos de evaluación más utilizados, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). El estudio, de carácter descriptivo, hace una interpretación del perfil de la personalidad, considerando: Escalas de Validez y Escalas Clínicas, obtenida, para cada médico que optó al programa de Especialidades Clínicas en 1992, en la Unidad de Salud, al efectuar el MMPI. Finalmente los resultados se publicarán para la consulta tanto de médicos, estudiantes de Medicina, como de las autoridades universitarias, de tal forma que se conozca la magnitud y especificidad del problema para efectuar cambios que busquen fomentar la calidad de vida del médico que egresa de la Universidad de San Carlos.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

El proceso de educación médica exige cambio en la forma común de vida de los estudiantes. Es decir, deberíamos esperar que un estudiante, además de sus actividades académicas tenga actividades que fomenten la integración familiar y comunitarias, a fin de proyectarse en pro del crecimiento y bienestar de su País. Sin embargo, el sujeto que se somete al proceso de educación médica, con el fin de satisfacer la carga académica y los largos y agobiantes horarios de trabajo, se ve en la necesidad de comprometer muchas veces las mencionadas actividades, redundando esto negativamente en su estabilidad psíquica. De aquí surge la inquietud de conocer el grado de alteración que cobra dicho proceso, por medio del estudio de los rasgos de la personalidad que evalúa el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (test MMPI), prueba psicológica ampliamente conocida y muy utilizada en la Universidad de San Carlos y estandarizada para América Latina, de manera que indirectamente se tenga una idea de la calidad laboral del profesional médico, así como la calidad de vida en el orden familiar e individual.

III JUSTIFICACIONES

A) En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en relación a la magnitud y cualidad del problema, no se cuenta en la actualidad con estudios publicados que permitan conocer los rasgos de personalidad, que detecta el MMPI, y su alteración en los Médicos que egresan de la misma.

B) Los importantes reportes sobre stress, ansiedad, alcoholismo y suicidio que prevalecen tanto en la escuela de Medicina como en la profesión Médica (8, 12, 13, 18); hacen en primera instancia, evaluar la personalidad, de manera que se cuente con una base a partir de la cual puedan efectuarse las modificaciones pertinentes, que permitan finalmente el ajuste a la realidad, y contribuir así a la salud mental del profesional médico.

C) La OMS conceptualiza la salud, como aquel estado de completo bienestar físico, psicológico y social, de tal forma que, siendo los médicos facilitadores de la salud de las personas; es conveniente que garanticen a sí mismos, un estado de salud que les permita ofrecer la mejor calidad de atención médica. El trabajo apunta hacia el campo psicológico por considerar que frecuentemente se descuida éste aspecto en el trabajo del médico.

IV OBJETIVOS

A) Generales

1) Describir elementos de la personalidad del médico que egresa de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, que influyen sobre la calidad de vida del mismo.

B) ESPECIFICOS

1) Realizar la interpretación individual del perfil de personalidad del MMPI, con el grupo de médicos que optó por el programa de Especialidades Clínicas, y agrupar los resultados a fin de determinar los rasgos de personalidad que en forma patológica se manifiestan en el grupo de estudio.

2) Poner a la disposición de Médicos, estudiantes de Medicina, y de las autoridades universitarias, la información sobre los resultados; por medio de la publicación del trabajo de investigación para que se consideren cambios, tanto en el proceso de educación médica, como en las condiciones de vida de los interesados para garantizar su salud integral.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

A) Generalidades

En 1955 el Dr. Leonard Eron, médico psiquiatra de la Universidad de Yale, estudió el efecto de la educación médica en las actitudes de los estudiantes de Medicina. Evaluó tres aspectos específicos: humanismo, ansiedad y cinismo; encontrándolos alterados en forma negativa al final del proceso de educación médica. Posteriormente, Becker y Geer en 1958, en su trabajo "Destino del idealismo en la escuela de Medicina", a semejanza del trabajo de Eron, encuentra que, el estudiante de medicina al enfrentarse y comprender que no todo se puede aprender y, agotados ya del sistema Espartano de educación, pierden su motivación y adoptan una actitud cínica contra el sistema de educación médica (5, 9).

Burstain, en un estudio en 1980, en la escuela de Medicina de la Universidad del Sur de Texas en San Antonio, encuentra que el estudiante de medicina se torna hedonista en el proceso formativo, en donde declina su interés por el logro, orden, curiosidad intelectual; y se inclina por el juego y los objetos sensuales; además que se incrementa su impulsividad y agresión. Vale la pena mencionar que el estudio se llevó a cabo en estudiantes que cursaban años intermedios de la carrera de Medicina. El mismo año, el mismo autor, emprende un estudio longitudinal con estudiantes

de nuevo ingreso a quienes reevalua en los años intermedios de la carrera, encontrando el cambio hedonista característico y la actitud cínica que Becker y Eron anunciaron en los años 50 (6, 7).

Zeldow y colaboradores proporcionaron resultados contradictorios a los anteriormente mencionados. En un estudio longitudinal de 4 años (Tiempo de estudio en la Escuela de Medicina), sobre cambios de la personalidad de los estudiantes de medicina, encuentra que no existen cambios en el aspecto humanitario y, respecto al cinismo indicado por los otros autores, Zeldow señala que al finalizar la Escuela de Medicina estos se encuentran dominantes y competitivos. En la escala de Locus de Control, encuentra que su actitud se reorienta por agentes externos, quizá un cambio adaptativo que refleja la pérdida del sentido de omnipotencia, como resultado de la interacción con autoridades superiores. Finalmente encuentra que la capacidad de sentir placer está incrementada, manifestada ésta, por la capacidad del individuo de autosatisfacerse y la disminución de actitudes inhibitorias (25).

En 1985 en Australia, Huxam y colaboradores, reportaron un estudio longitudinal de 6 años en el curso de la Escuela de Medicina. Los estudiantes durante ese tiempo se tornaron hacia una personalidad más lógica, es decir más racionales. Además se volvieron maduros y menos afectados por la

sensibilidad personal, al punto del cinismo, hallazgo similar al de los estudios ya mencionados (15).

Burstain en 1979, expuso los resultados de su estudio sobre las características psicológicas de los estudiantes de Medicina contra residentes de Medicina de diferentes especialidades clínicas, estableciendo tres características psicológicas a considerar: Expresión de impulsos, inhibición de impulsos y aislamiento social. Se obtuvieron los siguientes resultados: El grupo de residentes prevaleció en el que expresaba sus impulsos en contraste al grupo de estudiantes que mostró mayor incidencia en el aspecto de inhibir sus impulsos. Finalmente el aislamiento social se encuentra más acentuado en el grupo de los residentes que en el grupo de los estudiantes de Medicina (4).

Nuevamente Burstain en 1979, en la Universidad de Texas en San Antonio estudió las características psicológicas ligadas al sexo en estudiantes de Medicina, en un estudio longitudinal de 2 años, utilizando el Personality Research Form (Test de Personalidad); no encontró diferencias significativas en el grupo de estudiantes bajo estudio, sin embargo las estudiantes femeninas se encontraban más orientadas hacia el logro con mayor necesidad de autonomía, dominancia y exhibicionismo (17).

Tothman y colaboradores en 1973, reportaron el estudio longitudinal efectuado en la Universidad de Toronto, sobre

características de la personalidad de estudiantes de Medicina desde su aplicación a la escuela de Medicina y la graduación de los mismos como médicos. Utilizando el mismo Test que empleó Burstain (Personality Research Form), encuentra diferencias en 4 aspectos específicos: Los estudiantes mostraron mayor necesidad de resistencia, menor necesidad por el orden y el entendimiento. Adicionalmente se observó una disminución en la necesidad de reconocimiento social (23).

Zeldow y Daugherty en 1986, motivados por la inquietud de lo que frecuentemente se dice en la Escuela de Medicina, en donde se admiten generalmente estudiantes compasivos y orientados al servicio del prójimo y que por el proceso de educación médica se tornan frios e impersonales, estudian específicamente la característica de la personalidad comunmente referida como feminidad psicológica. Sus resultados fueron los siguientes: La escala de feminidad aplicada 4 veces en el lapso de tres años, no demostró cambios significativos en lo que respecta a feminidad psicológica (26).

En Guatemala son pocos los reportes que hacen referencia al tema de ésta investigación. Sin embargo, se han efectuado diversos estudios referentes al estado psicológico de los estudiantes de medicina. En 1990 un trabajo de tesis elaborado para medir la ansiedad en el estudiante de Medicina, demostró el desarrollo de ansiedad leve en el 47.6%

de los casos (18).

Durante 1990 se realizó un estudio con relación al stress en estudiantes del último año de la carrera de Medicina, encontrándose niveles elevados de stress en dichos estudiantes, con diferencia entre sexo, afectándose mayormente a estudiantes femeninas con una proporción de 2.9:1.1 (12).

Un estudio más reciente en 1992, evaluó depresión, donde se obtuvieron alarmantes índices de depresión sobre todo en estudiantes de los últimos años de la carrera de Medicina, reportando prevalencia de 83% (16, 21).

De la variedad de estudios y resultados presentados en ésta revisión, se puede concluir que la educación médica cobra al individuo ciertos cambios en su personalidad, los cuales podrían eventualmente comprometer el buen desarrollo de su profesión.

B) El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, comunmente llamado MMPI, es uno de los instrumentos psicológicos más conocidos, usado primordialmente para lograr una separación objetiva entre las personas mentalmente sanas o las que tienen tendencias patológicas (19).

Para la interpretación del perfil de personalidad, obtenido por la calificación del test, se consideran datos básicamente en dos niveles: Escalas de Validez y Escalas Clínicas.

1) Escalas de Validez: Tienen el objeto de señalar el grado de confianza que el investigador puede tener para hacer inferencias sobre la personalidad basándose en el perfil de la prueba. Se refiere a la actitud que toma el sujeto al contestar la prueba basada en el grado de conformidad de éste con el grupo dentro del cual funciona en el proceso de socialización y el estado de salud mental.

La puntuación de la escala de frases omitidas superior a T 70 (puntuaciones T: equivalentes a las puntuaciones naturales de cada escala), invalida las otras escalas por: atención inadecuada, mala interpretación de las frases y/o agresividad.

La escala "L", encuentra el grado de franqueza y la tendencia del individuo a cubrir faltas personales socialmente inaceptables. La puntuación superior a T 70 es un índice defensivo (o sea que distorciona sus respuestas con el fin de ofrecer un cuadro favorable de sí mismo, de conformidad social y aceptación de valores morales).

La elevación de la escala "F", más que una escala de validez, para lo cual se estableció, sugiere perturbación mental, asociada a conducta psicótica y desorganizada. Con

una puntuación T mayor de 70, encontramos sentimientos propios de psicosis y neurosis severas (siempre y cuando las escalas clínicas correspondientes se encuentren elevadas); además, personalidades rebeldes, solitarias y antisociales.

La escala "K" opera como escala de corrección para las escalas clínicas, pero también como índice de ciertas características de la personalidad (actitud defensiva o exhibicionismo psicológico).

2) Escalas Clínicas: Son un total de 10 las escalas clínicas que evalúa el MMPI: Hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía, introversión-extroversión.

a) Hipocondriasis: El DSM-III-R lo define como todo aquel paciente que se presenta crónicamente preocupado por el miedo de sufrir de alguna enfermedad a pesar de la evaluación y la certeza de un médico de inexistencia de patología orgánica (1, 19).

b) Depresión: La característica esencial es un estado de ánimo disfórico y/o pérdida del placer o interés en actividades cotidianas. El paciente puede quejarse de sentir tristeza, sentirse irritable, desmotivado o desesperado, puede asociarse con pérdida del apetito y menos frecuentemente con hiperalimentación. Así mismo, pueden presentar trastornos en los patrones normales del sueño, con

dificultad para concebirlo (insomnio temprano), dificultad en hacerlo duradero (insomnio de media noche), o amanecer tempranamente. Tienen desinterés en el aspecto sexual, padecen de fatiga, de pensamientos y sentimientos de baja autoestima y excesivo sentimiento de culpa. No pueden pensar claramente (deficiencia cognocitiva) y, finalmente, prevalece el deseo de muerte (10).

c) Personalidad Histérica: Es claramente egocéntrica y lo importante es ganar la admiración de otros, a través de la búsqueda de atención y el comportamiento teatral. Más aún, el comportamiento suele ser impredecible ya que la persona adoptará el papel que lo coloque en una buena imagen con otros. Son personas que raramente profundizan en lo emocional, a pesar de que suelen ser dependientes y necesitadas de afecto (2, 22).

d) Personalidad Psicopática: Está clasificada dentro de las personalidades antisociales. Estas personalidades generalmente burlan las normas sociales, son impulsivos, amorales irresponsables e incapaces de privarse de gratificación inmediata. Toleran poco la frustración y generalmente manifiestan al oponente hostilidad, agresión y violencia severa. El castigo raramente modifica su conducta y generalmente éste tipo de personalidad está asociada con historia de alcoholismo, adicción a drogas, desviaciones sexuales, promiscuidad, fracaso ocupacional y frustración (2, 19).

e) Masculinidad-feminidad: Tiene por objeto dar respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, para cualquiera de los dos sexos, sin que ello implique que tenga desviaciones sexuales. En niveles patológicos los hombres presentan conflicto de identificación y tendencias homosexuales. Las mujeres con puntuaciones patológicas son confiadas, espontáneas y desinhibidas; se encuentran en ocupaciones masculinas son dominantes, agresivas y toscas (19).

f) Personalidad Paranoide: La característica central es de personas que se presentan con sospecha y desconfianza profundas e injustificadas (hipersensibilidad con otros), además de ser incapaces de enfrentarse con sus propios sentimientos. Rutinariamente interpretan mal las acciones de los otros bajo forma de amenaza. Algunas otras características son: Hipervigilantes, continuamente en la búsqueda de signos de amenaza en el ambiente, en la espera de ser atacado, se cuestionan la lealtad de otros, exhiben celos en forma patológica y exageran sus problemas (1).

g) Psicastenia: Actualmente ya no se usa éste término. Comprende características diagnósticas populares que hoy corresponden a la neurosis obsesiva-compulsiva y reacciones fóbicas (14). Poseen exesivas dudas, dificultad para lograr decisiones, gran variedad de temores, demasiada preocupación

obsesiva, actos impulsivos perfeccionistas en sus exigencias tanto de sí mismos, como de otras personas. La tendencia obsesivo-compulsiva se manifiesta, por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismo y con un panorama del mundo amenazador, hostil y angustioso. El cuadro más importante está caracterizado por una actitud que pudiera llamarse "introspectivamente compulsivo", en donde el individuo se siente incapaz de enfrentarse por sí mismo a los problemas que más le perturban y por lo tanto se ven en la necesidad de pedir ayuda (19).

h) Esquizofrenia: Es un desorden mental con tendencia a la cronicidad que deteriora el funcionamiento. Característico por síntomas psicóticos, involucrando trastornos del pensamiento, sentimientos y comportamiento. Los criterios diagnósticos son: Síntomas psicóticos específicos como alucinaciones, ilusiones, desordenes del pensamiento, deterioro a partir de un nivel funcional, signos continuos de enfermedad por lo menos en seis meses, tendencia a presentarse antes de los 45 años, sin relación con desórdenes afectivos y sin sin relación con retraso mental. Está alterada su capacidad de pensamiento claro y dirigido. Presenta cambios repentinos e incomprensibles producto de la distracción. En otros casos piensan que sus pensamientos están bloqueados y pueden quejarse que sus pensamientos están gobernados por otros (piensan que su mente es conocida por

agentes externos). Es característico lo inapropiado y la descortesía a nivel emocional. Incluye desórdenes perceptivos tales como trastornos en el movimiento alucinaciones auditivas de escena, tacto, olor y sabor. Son frecuentes las alucinaciones de persecución, así como aquellas que involucran ideas hipocondríacas. Además son frecuentes las ilusiones de grandiosidad, las amenazas de violencia y los ataques agresivos menores; siendo alto el riesgo de suicidio en todas las etapas (1, 10, 22).

i) Personalidad Maníaca: Síndrome mental caracterizado por una exaltación eufórica del humor, una excitación psíquica con actividad intensa, gran distracción, incansables, con insomnio, irritables y con agresividad ante la más mínima frustración (14).

j) Introversión: De acuerdo con Jung, supone retiro del interés en el mundo exterior e interiorización de la libido en que se encierra el sujeto. Carecen de presencia o comportamiento social, se muestran fríos y distanciados. Se aíslan de los contactos y responsabilidades sociales (14).

VI METODOLOGIA.

Existen diversos reportes de otros países sobre estudios en la personalidad de médicos y estudiantes de medicina. Pero, en Guatemala no ha sido evaluada la magnitud del problema, lo cual constituye el criterio de selección del presente tema.

La Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos dentro de su programa de atención a la salud, contempla la evaluación con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), al grupo de médicos que optan al programa de Especialidades Clínicas. Se procedió a contactar con las autoridades de dicha institución, con el objeto de plantearles el propósito, el mecanismo y la factibilidad de estudio en los test ya efectuados.

El estudio: de carácter retrospectivo, transversal, descriptivo; ya que en la actualidad no se cuenta con estudios locales que hagan referencia al tema. De aquí la necesidad de inicialmente, identificar el problema y generar hipótesis que posteriormente puedan ser evaluadas con estudios experimentales.

La población a estudio fueron todos los médicos que optaron al programa de Especialidades Clínicas, egresados de la USAC, de ambos sexos, de edad variable, guatemaltecos, sin importar el estado civil; fue un total de 132 médicos para éste estudio.

A) Método e Instrumento de recolección de datos:

El método de recolección de datos los constituyó el perfil de personalidad sugerido por la calificación del MMPI (Anexo 1). En el perfil (fuente secundaria de información), se contemplan las escalas de validez y las escalas clínicas. El instrumento de la investigación los constituye la sectorización de cada escala de acuerdo al punteo T, a fin de limitar parámetros de normalidad.

B) Procedimiento:

Inicialmente se evalúa las escalas de validez, haciendo la diferenciación por sexo, y clasificando todas las unidades de información confiables y no confiables. De las unidades de información no confiables se efectúa el análisis estadístico por secciones, correspondiente a las escalas de validez, con el fin de generar alguna idea sobre la causalidad de la invalidez. No se efectúa análisis de la distribución en las escalas clínicas, por no permitirlo la mecánica del test. De las unidades de información confiables, se efectúa el análisis de su comportamiento al validar la prueba (dado por la interpretación de las escalas de validez), para luego hacer la distribución por secciones en cada escala clínica, y la interpretación correspondiente para cada sección. Se agrupan los resultados individuales, para finalmente obtener el recuento de su distribución por secciones en las

diferentes escalas clínicas. Seguidamente se efectúa el recuento general de la distribución por secciones a fin de cuantificar la incidencia en cada una y así obtener una idea precisa del comportamiento en cada escala en particular.

C) Plan de Tabulación y Análisis:

Se recurre a la presentación de resultados por medio de graficas estadísticas (diagrama de sectores, barras, etc.), considerando: a) Gráfica de Validez y su distribución por sexo; b) Análisis de la causalidad de la validez/invalidéz y su distribución por sexo; c) Presentación de la población valida y con alteración en las escalas clínicas y su distribución por sexo; d) Presentación de resultados por secciones para cada escala clínica y su distribución por sexo; e) Finalmente la distribución de la patologia encontrada en el grupo de estudio.

D) Variables:

- Sexo
- Escalas de Validez: V, L, F y K.
- Escalas Clínicas: Hipocondriasis, depresión, histeria, personalidad psicopática, masculinidad/feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, personalidad maníaca e introversión/extroversión.

E) RECURSOS

1) Humanos:

Lic. Francisco Mendizabal, para la elaboración del protocolo y asesoría estadística.

Lic. Mauricio Nájera, Psicólogo, experto en manejo en interpretación del MMPI.

Ing. Gustavo Villeda, quien asesoró el uso de la computadora para el manejo de datos y exposición de resultados finales en gráficas.

2) Físicos:

- Computadora AT-286
- Impresor laser de la computadora
- Diskette de la computadora
- Maquina de escribir Brother AX-130
- Material de oficina (papel, lapiceros, folders, etc)
- Sistema Med-Line para la ubicación de los artículos referentes al tema.

VII PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

GRAFICA No 1

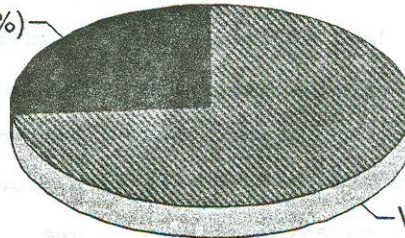
Aquí se expone la totalidad de la población en estudio y se hace referencia a la validez del perfil de personalidad según el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), de acuerdo a las normas de validez establecidas por el test, identificando que un 26.5% de la población no se ajustó a los criterios que permiten tener un grado aceptable de confianza para hacer inferencias acerca de la personalidad. Es válido mencionar, que si bien no es posible hacer un análisis clínico de las escalas, en los test no válidos, respetando la mecánica de selección de validez establecida por el test, ello no impide efectuar un análisis con respecto a éste grupo en relación al comportamiento frente a la prueba. Es decir, poseen ciertas características, que como veremos posteriormente, sugieren alteraciones en el orden psíquico con un grado más severo que el de los resultados en base a los sujetos con pruebas válidas.

De la misma manera, un 73.5% de la población, permitió que el perfil ofrezca una idea objetiva de la personalidad del sujeto.

GRAFICA DE VALIDEZ PARA EL MMPI

Poblacion total: 132

NO VALIDOS: 35 (26.5%)

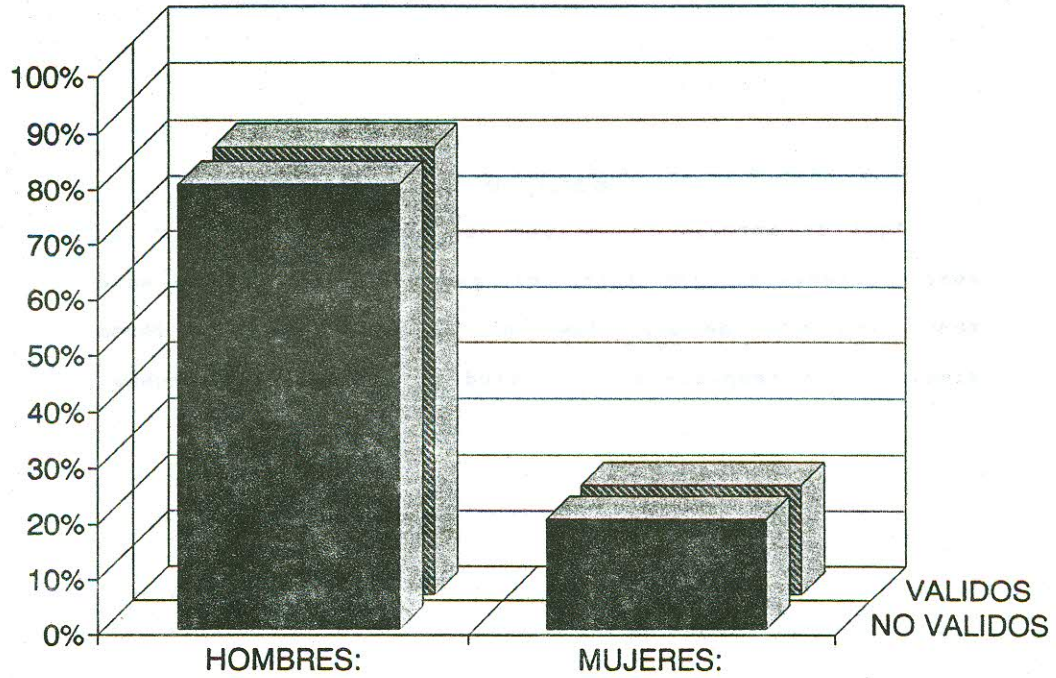


VALIDOS: 97 (73.5%)

GRAFICA No 2

Aquí se aprecia la validez del perfil con relación al sexo, observando que tanto el grupo de médicos de sexo masculino, como de sexo femenino, se comportaron en forma similar, con respecto a la actitud de contestar la prueba.

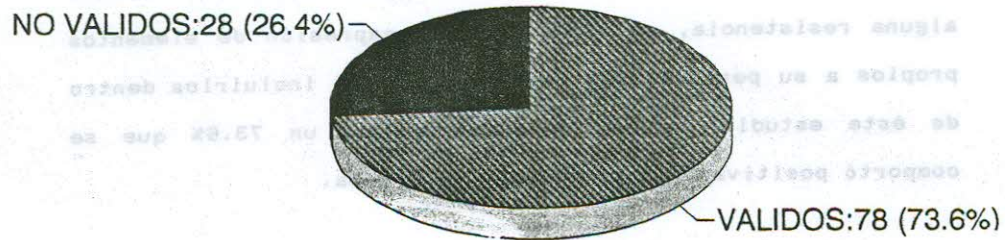
DISTRIBUCION POR SEXO EN RELACION A LA VALIDEZ



GRAFICA No 3

Se observa que un 26.4% del grupo masculino ofreció alguna resistencia, en relación a la expresión de elementos propios a su personalidad, que no permitió incluirlos dentro de éste estudio; en correspondencia con un 73.6% que se comportó positivamente al validar la prueba.

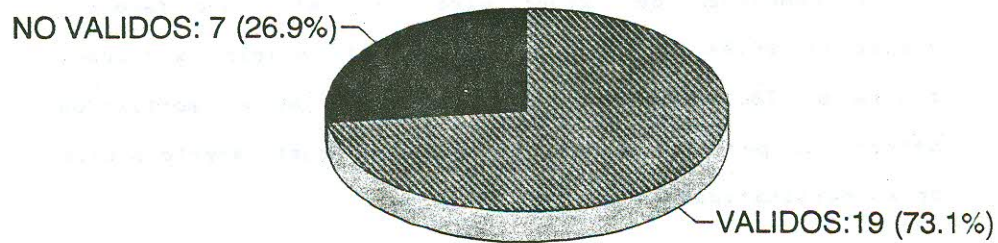
DISTRIBUCION POR SEXO: HOMBRES EN RELACION A LA VALIDEZ



GRAFICA No 4

A semejanza del grupo masculino, el grupo femenino mostró un 26.9% de actitud negativa al validar la prueba, contra un 73.1% que fueron colaboradoras en el sentido de ofrecer un perfil que permite concluir objetivamente acerca de su personalidad.

DISTRIBUCION POR SEXO: MUJERES EN RELACION A LA VALIDEZ



A) ANALISIS DE LA DISTRIBUCION POR SECCIONES
PARA LAS PRUEBAS NO VALIDAS

GRAFICA No 5

Esta gráfica nos ofrece una perspectiva del comportamiento y las razones por las cuales el grupo masculino invalidó el MMPI.

Empezando por la escala L, claramente se observa que este grupo masculino, se ubica predominantemente en la sección D (Anexo 1). Ello indica una puntuación alta en ésta escala, que si bien no nos permite validar las escalas clínicas, nos ofrece una interpretación clínica; es decir, éste grupo se caracteriza por uso excesivo de la represión y negación, a cambio de presentarse socialmente adaptado, aunque ello se cobre con poca tolerancia ante la frustración, stress y con poca flexibilidad a la adaptación al medio.

La sección C implica aún una actitud de negación a fin de dar una buena impresión, asociado a engaño conciente acerca de sí mismo.

La sección B ubica a personas con gran necesidad de crear una buena impresión en el medio social, en relación al control de si mismo y de los principios morales.

Finalmente la sección A, ubica a aquellas personas con una necesidad exhibicionista en comunicar sus faltas.

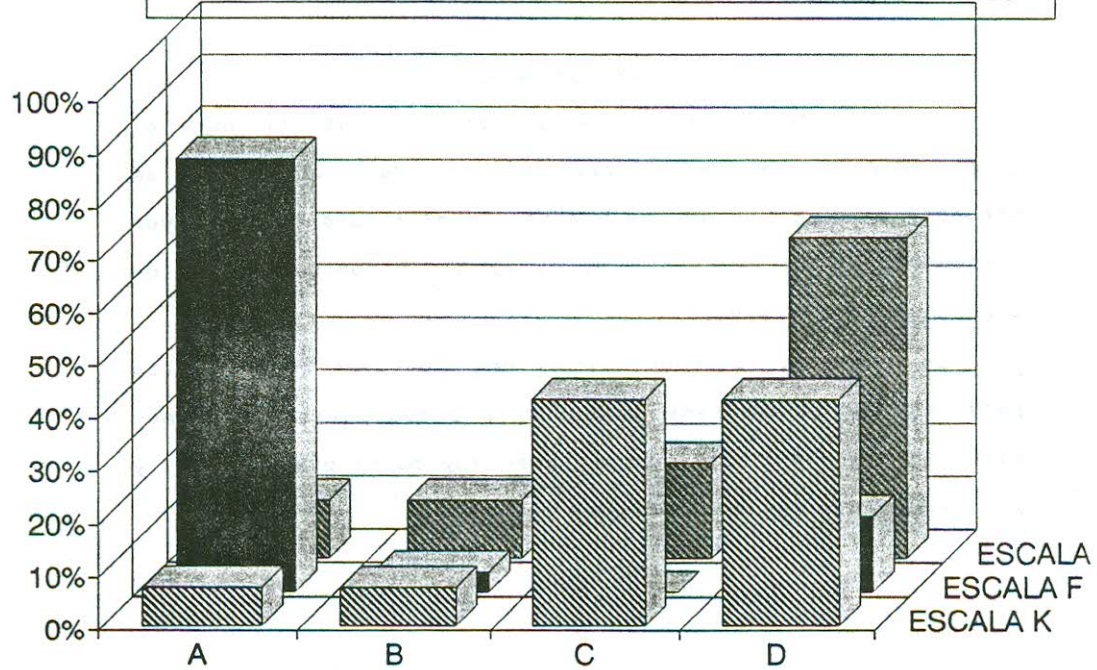
- **Escala F:** En ésta escala el grupo predomina en la sección A, que por presentar la escala L y K elevadas, el cuadro pudiera ser compatible con psicogramas de personas que se esfuerzan por cubrir cualquier tipo de perturbación

emocional. La sección B ubica a sujetos que se presentan con adecuada adaptación psicológica, pero, que eventualmente pueden presentar algunas reacciones emotivas. La sección C no presentó sujetos, y finalmente en la sección D se encuentran aquellos con perturbaciones emocionales severas o bien los que distorciónan las pruebas.

- Escala K: Esta escala se relaciona con características de la personalidad tales como actitud defensiva o exhibicionismo psicológico. El grupo se ubica principalmente en las secciones C y D, lo cual sugiere una actitud defensiva con tendencia a la debilidad psicológica. Temen presentar un cuadro de perturbación mental, se resisten a la evaluación psicológica y en casos extremos son defensivos en forma severa.

PRUEBAS NO VALIDAS ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES EN LAS ESCALAS DE VALIDEZ :HOMBRES



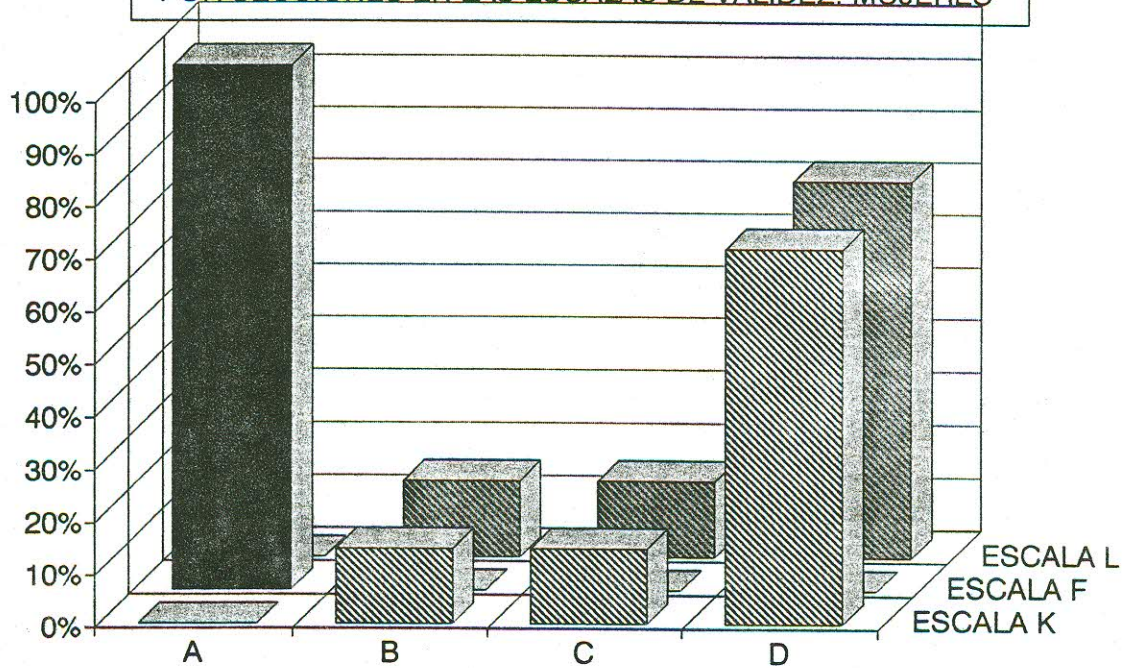
GRAFICA No 6

Aquí se nos muestra una perspectiva similar para el grupo femenino de las causas de invalidez que la que se presentó en el grupo de los hombre, identificandose una mayor incidencia en la sección D de la escala K compatible con un cuadro defensivo severo.

En resumen, podemos decir que la invalidez de los perfiles fue determinada por: Escala L con puntuaciones muy elevadas, escala F con puntuaciones muy bajas o muy altas, y por la escla K con puntuaciones muy altas.

PRUEBAS NO VALIDAS ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES EN LAS ESCALAS DE VALIDEZ: MUJERES



B) ANALISIS DE LA DISTRIBUCION POR SECCIONES
PARA LAS PRUEBAS VALIDAS

GRAFICA No 7

La gráfica No 7 muestra la distribución de las secciones para las pruebas validas. La escala L, muestra predominancia del grupo en la sección A, cuadro compatible con sujetos perceptivos, socialmente adecuados, confiados en sí mismos, muy comunicativos. Admiten con franqueza sus fallas sociales, sugiriendo una actitud exhibicionista en comunicar faltas.

La sección B ubica a aquellas personas con necesidad de impresionar en forma favorable y ofrecen respuestas socialmente aceptables.

En la sección C, se presentan personas con inteligencia limitada, convencionales, carentes de comprensión de sus problemas, y sus respuestas normalmente no son para mostrarse adecuadas, sino más bien poseen la firme creencia en sus propias virtudes. La sección D, en ninguna de las 3 escalas contiene sujetos.

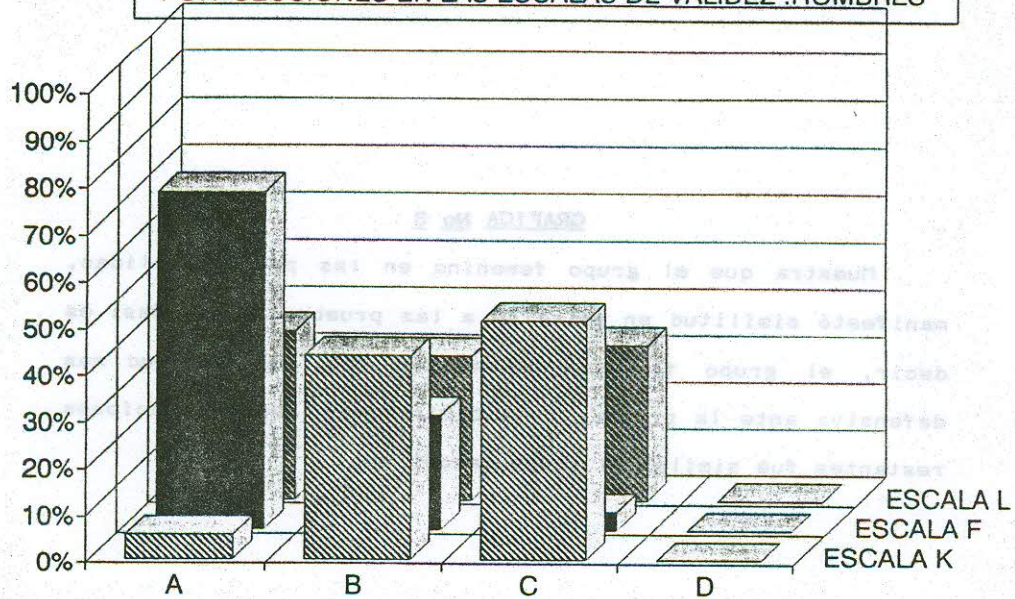
- La Escala F: predomina la sección A, que para éste caso incluye a personas caracterizadas por su sinceridad, honradez y son confiables; engeneral ubica a personas dentro de límites normales. La sección B de ésta escala, contiene a sujetos con independencia de pensamiento y negativismo, son temperamentales, insatisfechos, inquietos y mal humorados; personas normales pero inusuales en algún sentido. La sección C, con la menor contidad de personas, muestra

personalidades con mal funcionamiento del ego, falta de interés y cooperación.

- La Escala K: Este grupo se encuentra ubicado principalmente en la sección C, en donde se caracterizan por una actitud defensiva hacia una debilidad psicológica. Temen presentarse con un cuadro de perturbación mental, con tendencia a distorsionar la prueba; son defensivos leves a moderados, con cierta prudencia y circunspección. Después el grupo se ubica en la sección A, quienes se caracterizan por un concepto inadecuado de sí mismo, lleno de insatisfacciones en relación a sus habilidades.

PRUEBAS VALIDAS ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES EN LAS ESCALAS DE VALIDEZ :HOMBRES

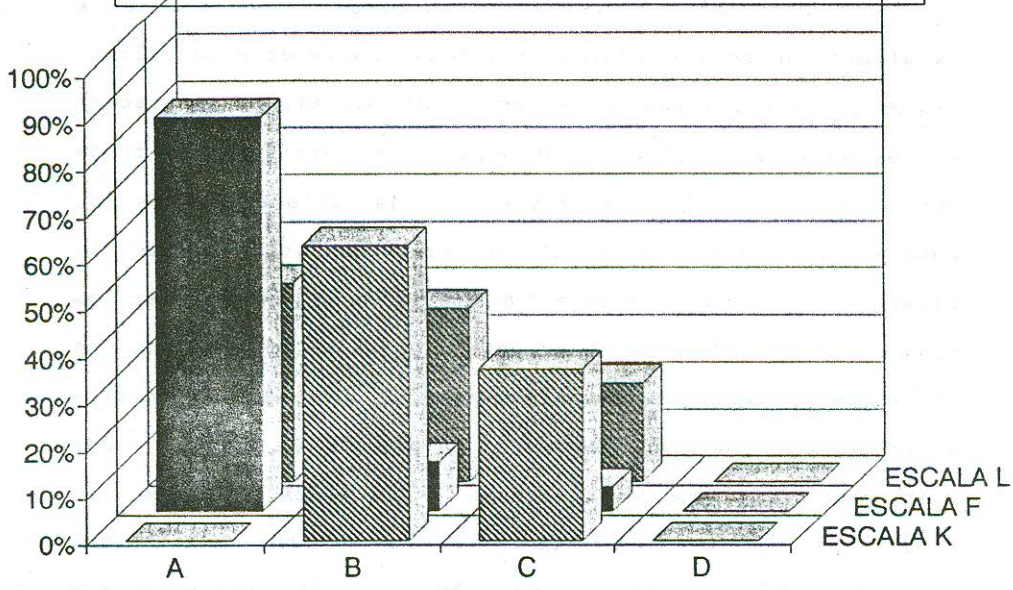


GRAFICA No 8

Muestra que el grupo femenino en las pruebas validas, manifestó similitud en relación a las pruebas no validas; es decir, el grupo femenino se mostró con una actitud más defensiva ante la prueba. La distribución en las secciones restantes fué similar al grupo masculino.

PRUEBAS VALIDAS ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

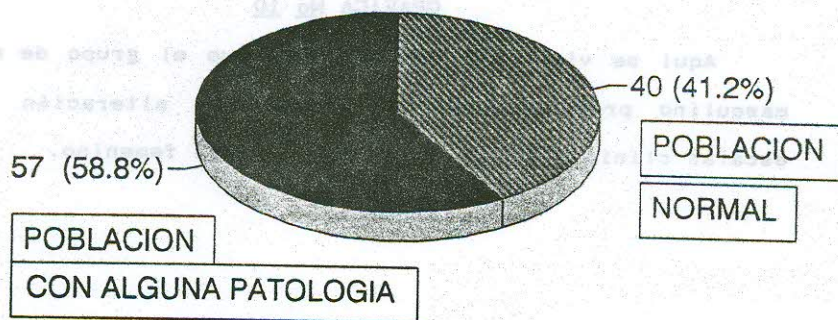
POR SECCIONES EN LAS ESCALAS DE VALIDEZ: MUJERES



GRAFICA No 9

Aquí apreciamos la población en estudio, en relación a la alteración en las escalas clínicas, haciéndose manifiesta una proporción elevada de la población, con alguna alteración en las escalas clínicas estudiadas. Se identificó el 58.8% con alguna patología sugerida por la alteración de las escalas clínicas, haciendo la justa aclaración que la alteración no necesariamente fué elevación del puntaje en las escalas y por consiguiente no apunta hacia el diagnóstico que el nombre de la escala identifique, sino que puede orientarse al proceso psicológico inverso si la puntuación es baja y por ello con significación clínica. El 41.2% restante, lo constituye quienes se identificaron dentro de límites normales según el perfil del MMPI. El hallazgo fué compatible con el de los estudios que se mencionan en la revisión bibliográfica, en el sentido que la población muestra alguna alteración en el orden psicológico.

POBLACION CON ALTERACION EN LAS ESCALAS CLINICAS



POBLACION CON ALTERACION EN LAS ESCALAS CLINICAS

GRAFICA No 10

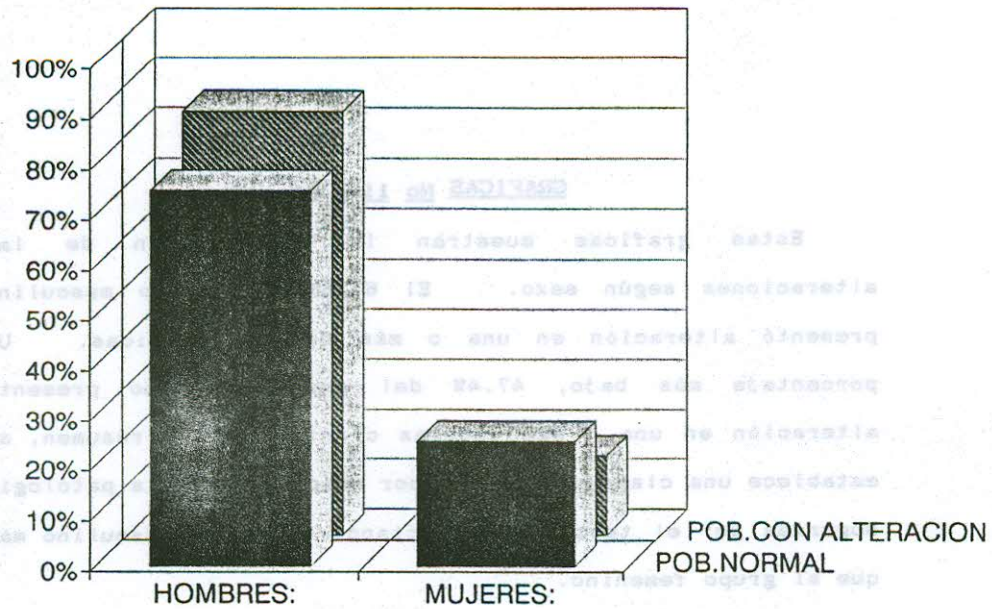
Aquí se visualiza con claridad que el grupo de medicos masculino presentó mayor proporción de alteración en las escalas clínicas que en relación al grupo femenino.

NORMAL

POBLACION

CON ALGUNA PATOLOGIA

POBLACION CON ALTERACION EN LAS ESCALAS CLINICAS

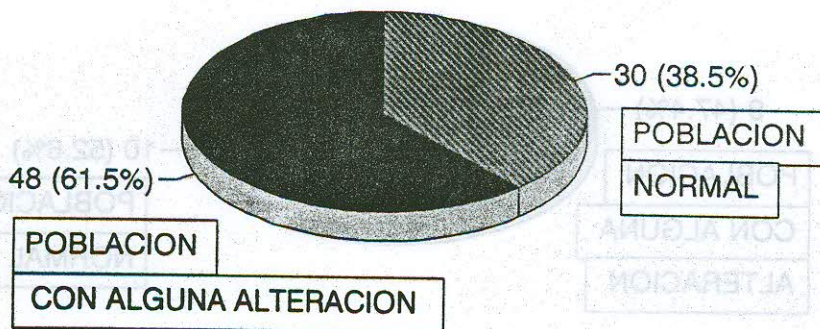


POPULACION CON ALTERACION
EN LAS ESCALAS CLINICAS

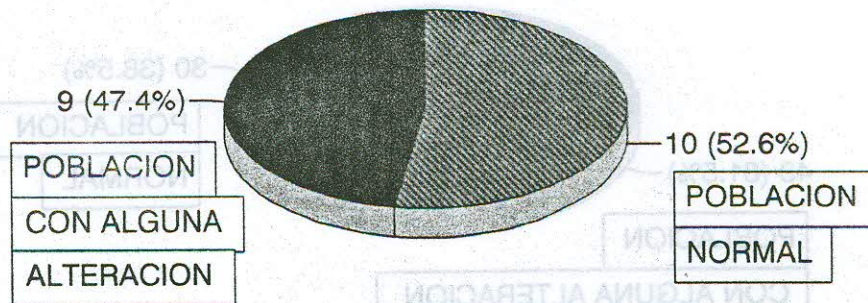
GRAFICAS No 11 Y 12

Estas graficas muestran la distribución de las alteraciones según sexo. El 61.5% del grupo masculino presentó alteración en una o más escalas clínicas. Un porcentaje más bajo, 47.4% del grupo femenino presentó alteración en una o más escalas clínicas. En resumen, se establece una clara diferencia por sexo en cuanto a patología sugerida por el test MMPI, afectando al grupo masculino más que al grupo femenino.

DISTRIBUCION POR SEXO: HOMBRES CON ALGUNA ALTERACION



DISTRIBUCION POR SEXO: MUJERES CON ALGUNA ALTERACION



C) ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
POR ESCALAS

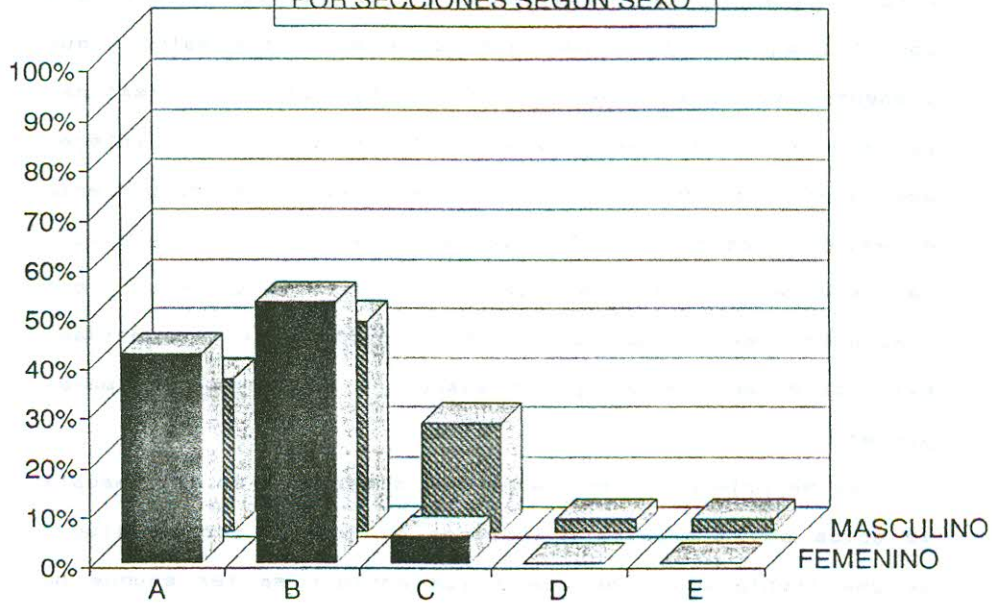
1) Análisis e interpretación de la escala 1:

Hipocondriasis

En la gráfica No 13 se aprecia la puntuación obtenida para cada sección en ésta escala según sexo. Las secciones A, C, D y E identifican los sujetos que de alguna manera están fuera de la normalidad. La sección B contiene aquellos que son realistas acerca de su propia salud y que presentan pocas manifestaciones de sintomatología somática. La sección A caracteriza a los individuos con poco interés acerca de su salud personal, donde el grupo femenino presenta el mayor porcentaje. En las secciones C, D y E se ubican las personas con interés prominente acerca de su salud y con preocupaciones somáticas, en orden de severidad, evidenciándose que el grupo masculino representa el mayor porcentaje.

La mayoría de la población con alteración en ésta escala se ubica en la sección A (carecen de interés por su salud). Es una ironía el hecho que a los médicos se les eduque no solamente con fines curativos sino que también como promotores de la salud y ellos mismos no sean capaces de cuidar su propia salud. Es necesario dejar claro, que si bien es cierto, que la escala 1 está alterada, dicha alteración está dada por la mayoría de la población debido a la falta de interés acerca de su propia salud y no por un cuadro hipocondríaco per se.

HIPOCONDRIASIS ANALISIS DE LA DISTRIBUCION POR SECCIONES SEGUN SEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
INSTITUTO DE PSICIASTRIA Y PSICOLOGIA

2) Análisis e interpretación de la escala 2:

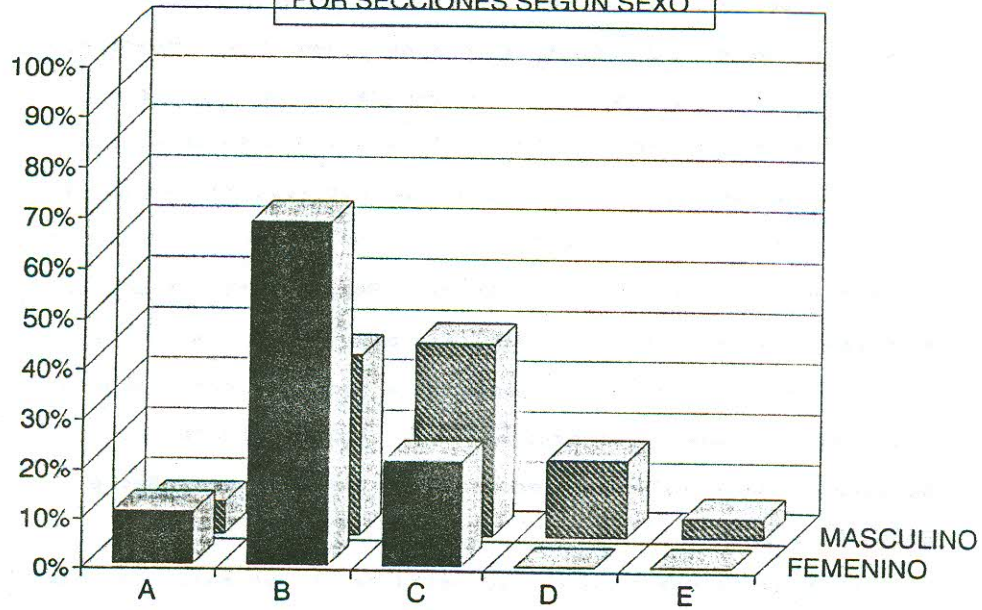
Depresión

La gráfica No 14 muestra la distribución de las secciones para ambos sexos. Las secciones C, D y E identifican niveles importantes de depresión, afectándose más el grupo masculino. La sección C incluye a las personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas. El grupo ubicado en la sección D incluye a pacientes psiquiátricos con niveles de depresión clínicamente significativos. La sección E está representada por los médicos (del sexo masculino exclusivamente), con depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. En su conducta expresan aislamiento, anorexia e insomnio. El interés en el suicidio aumenta con la elevación en ésta escala. En las secciones A y B se ubican las personas entusiastas, activas y optimistas. El grupo femenino se ubica principalmente en las secciones A y B, a diferencia del grupo masculino, estableciéndose así, que la depresión es importante, sobre todos en el grupo del sexo masculino; éste hallazgo es compatible con los estudios realizados localmente en donde se obtienen índices de depresión elevados en estudiantes de los últimos años de la carrera de Medicina (16, 21).

Es un hecho socialmente aceptado, que el médico ocupa un lugar privilegiado en la sociedad. Debiera esperarse que los médicos se presenten con satisfacción y bienestar emocional

por el logro alcanzado. Sin embargo, la gráfica muestra lo contrario, se hace necesario ahora deducir las causas de dicha circunstancia.

DEPRESION ANALISIS DE LA DISTRIBUCION POR SECCIONES SEGUN SEXO



3) Análisis e interpretación de la escala 3:

Histeria

En la gráfica 15 se visualiza la distribución por secciones en la escala clínica que evalúa Histeria para ambos sexos, notándose que para ambos sexos la mayoría de la población se ubica en la sección B; la cual hace referencia a sujetos normales, con características tales como idealismo, perseverancia, entusiasmo, capacidad de socializar, comunicarse y dar afecto. Luego, la sección C se ve afectada por ambos sexos, donde el egoísmo, la necesidad de percibirse en forma favorable y la tendencia hacia una personalidad histeroide es lo que la caracteriza. Seguidamente la sección A posee una distribución similar para ambos sexos, ésta sección se caracteriza por contener a personas con conductas socialmente inadecuadas asociado a actitudes cínicas con las personas. Este hallazgo recuerda los de Burstein, Becker y Eron (6, 9 y 15).

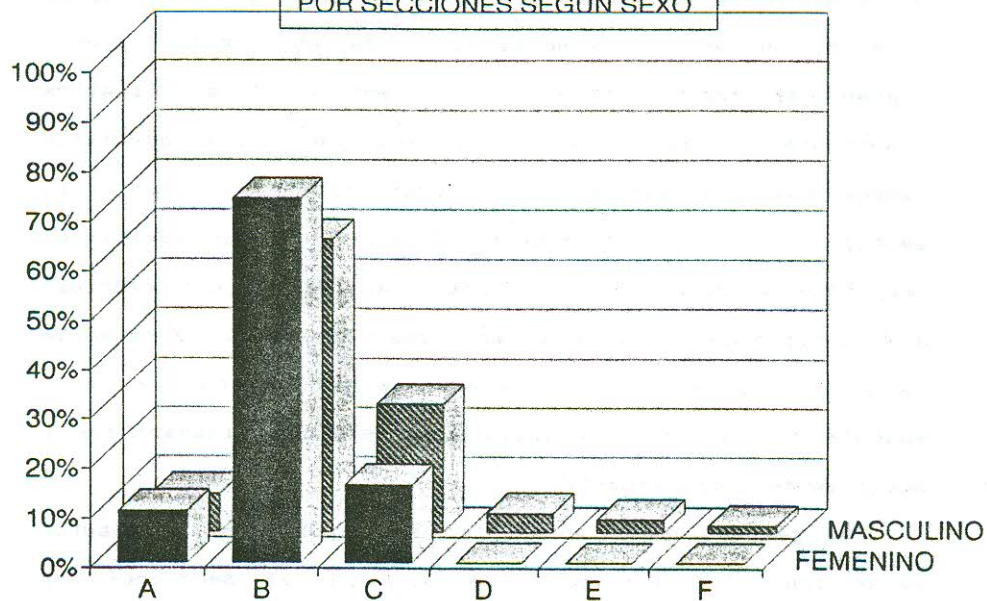
Finalmente una minoría exclusiva del grupo masculino, se ubica en las secciones D, E y F sugiriendo características que van desde la inmadurez social, con fuerte necesidad de dependencia hasta el desarrollo de síndromes conversivos con grados extremos de egocentrismo e inmadurez.

En resumen, la mayoría de la población en ésta escala se ubica dentro de límites normales para ambos sexos.

HISTERIA

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



4) Análisis e interpretación de la escala 4:

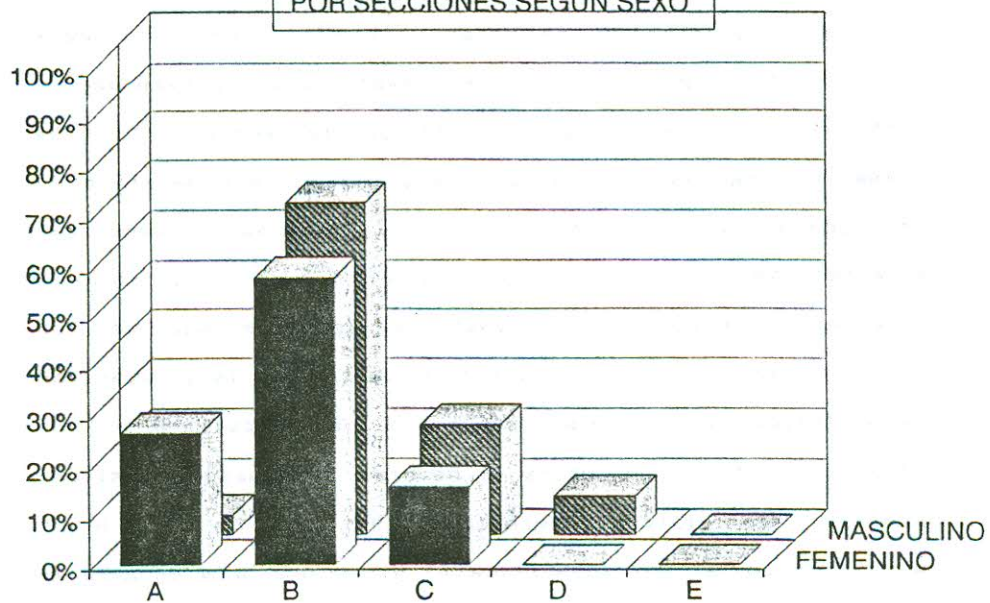
Personalidad Psicopática

La gráfica 16 muestra la distribución por secciones para éste rasgo de la personalidad. La mayoría de la población se ubica en la sección B a quienes se identifica como personas normales, es decir, que no se restringen en su conducta pero siguen las reglas sociales. La sección A se visualiza mayormente ocupada por médicos del sexo femenino e identifica rasgos como convencionalismo, moralismo y pasividad. La sección C ocupada principalmente por el grupo masculino, encuentra a personas inconformes, activas y con eventual dificultad para avenirse a las normas sociales. Finalmente la sección D, exclusivamente ocupada por médicos del sexo masculino, identifica a individuos rebeldes, inadaptados y socialmente insatisfechos.

En general puede apreciarse a la población para ambos sexos dentro de límites normales y en las secciones que marcan desviación hacia la patología se ubican con mayor frecuencia los hombres; en otras palabras, puede pensarse que el grupo masculino es el que presenta mayormente conducta antisocial. Este hallazgo es similar al encontrado por Burstain en su estudio "Características Psicológicas de Estudiantes y Residentes de Medicina" (4).

PERSONALIDAD PSICOPATICA ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



5) Análisis e interpretación de la escala 5:

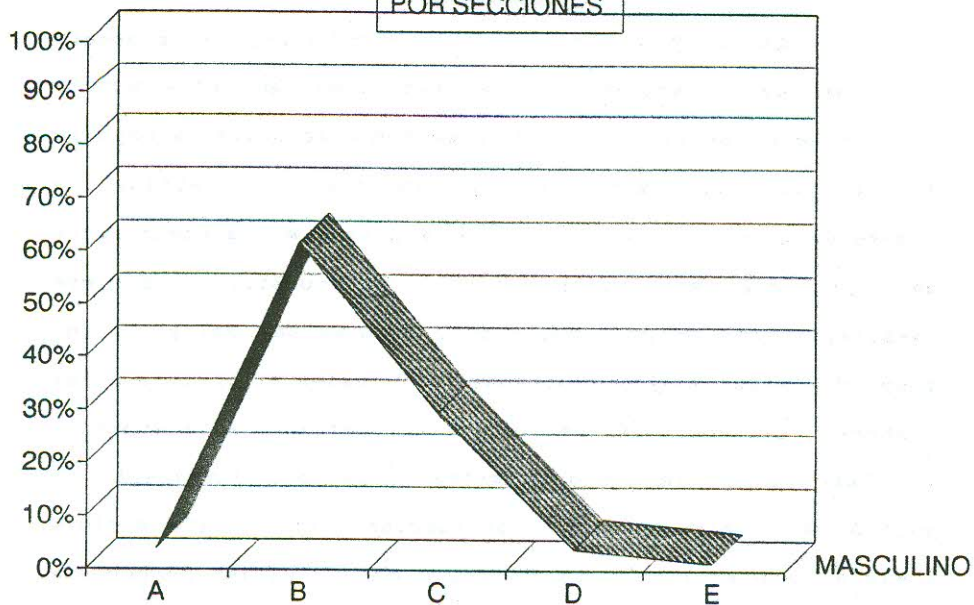
Masculinidad

En la gráfica 17 se aprecia la distribución en ésta escala exclusivamente para el sexo masculino, observándose la mayoría de la población ubicada en la sección B; ésta presenta a personas con intereses estéticos son sensibles y con tendencia a apartarse de los intereses masculinos estereotipados de la cultura. En el orden se continúa la sección C, con personas imaginativas, sensibles pasivos, con conflicto de identidad sexual manifiesto por la incapacidad de satisfacer sexualmente a su pareja. Las escalas D y E con un mínimo porcentaje ubica a hombres afeminados, pasivos, sumisos y con grandes intereses artísticos. La escla A con un mínimo porcentaje identifica al grupo que hace énfasis en su masculinidad.

En terminos generales, la escala sugiere una distribución normal de acuerdo al tipo de sujetos en estudio. Puede establecerse que el grupo masculino abandona la actitud machista y se tornan hacia intereses estéticos, sin que ello implique una tendencia homosexual, a excepción del grupo ubicado en las secciones D y E.

MASCULINIDAD ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES



5) Análisis e interpretación de la escala 5:

Feminidad

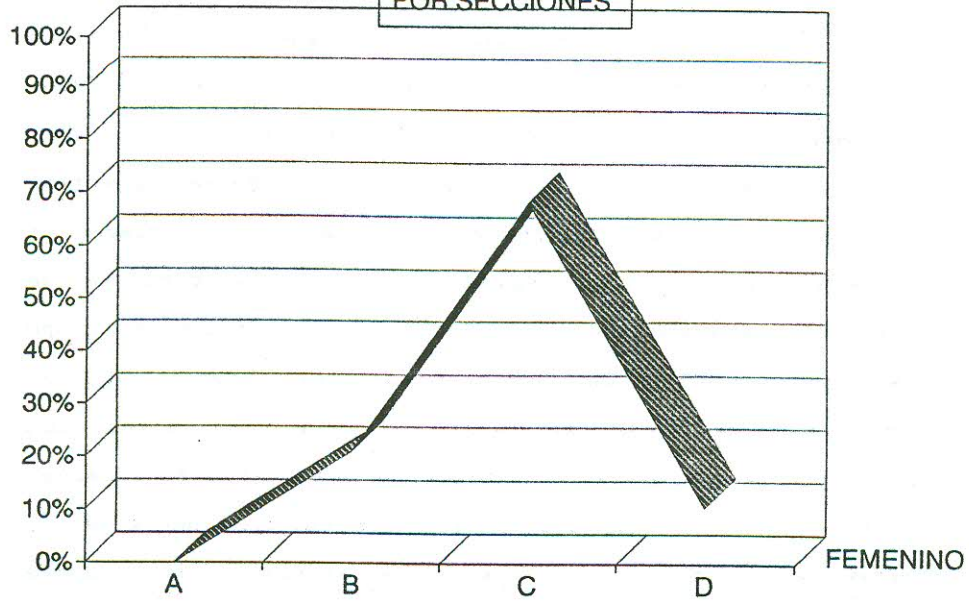
La gráfica 18 nos muestra la distribución en la escala para el sexo femenino. La elevación en ésta escala identificada por la sección C y en donde se ubica la mayoría de la población femenina, no implica la practica de homosexualidad; más bien, orienta a pensar en la acentuación de intereses pertinentes al sexo opuesto. Sugiere características de gran seguridad, amantes del peligro y con mucha fortaleza física, adoptando actividades atribuidas a los hombres. La sección B, se continúa presentando a la mujer de la clase media, dentro de límites normales. Finalmente la sección A no ofrece ninguna puntuación, sección que sugiere sumisión y pasividad. La escala D con un mínimo porcentaje presenta a personas confiadas, espontáneas, desinhibidas y que se revelan contra el rol femenino tradicional.

En general, se aprecia una tendencia del grupo femenino en adoptar actitudes propias del sexo opuesto, sin que ello implique homosexualidad. El dato anterior concuerda lo descrito por Burstain en su estudio de características psicológicas ligadas al sexo (8).

FEMINIDAD

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES



6) Análisis e interpretación de la escala 6:

Paranoia

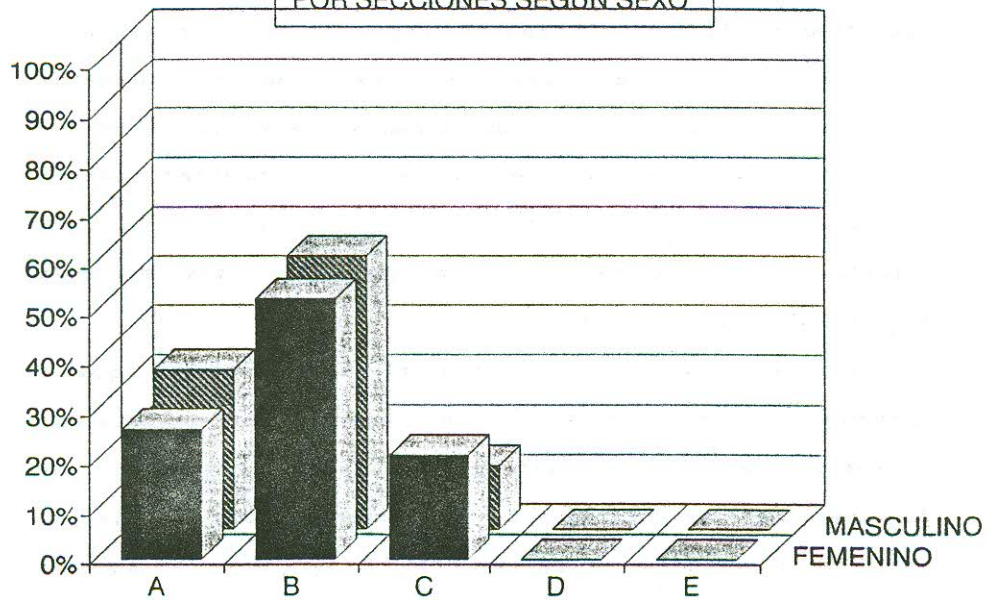
La gráfica 19 nos muestra una predominancia en la sección B para ambos sexos. Dicha sección contiene a individuos que se caracterizan por su adecuada flexibilidad y sensibilidad. El remanente se ubica en las secciones A y C. El sexo masculino se ubica más en la sección A, donde se encuentran personas difíciles, obstinadas, persistentes, con rasgos de personalidad paranoide negada y asociado a conducta de desconfianza exagerada. En la sección C predomina el grupo femenino, caracterizado por hipersensibilidad, rigidez, resentimientos acerca de males reales e imaginarios, con desconfianza exagerada y, capaces de expresar hostilidad en forma indirecta. Las secciones D y E no contienen sujetos, estas son secciones que claramente expresan una conducta paranoide.

De lo anterior se deduce que el grupo, en general, se encuentra con cierta alteración en ésta escala, determinada por las puntuaciones en las secciones A y C. Podría decirse entonces que ambos grupos se presentan con una tendencia a presentar conducta paranoide, negada en el caso de los hombres y, clínicamente manifiesta en las mujeres.

PARANOIA

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



7) Análisis e interpretación de la escala 7:

Psicastenia

En la gráfica 20 se presenta la distribución de las secciones en la escala obsesivo-compulsiva. Ambos sexos, y principalmente el sexo masculino, se encuentran ubicados mayormente en la sección A, que caracteriza a individuos que no tienen tendencia a preocuparse ni a mostrar cuadros inadecuados en sus responsabilidades, tienen suficiente capacidad para organizar su vida personal y mantener en orden su actitud en el trabajo.

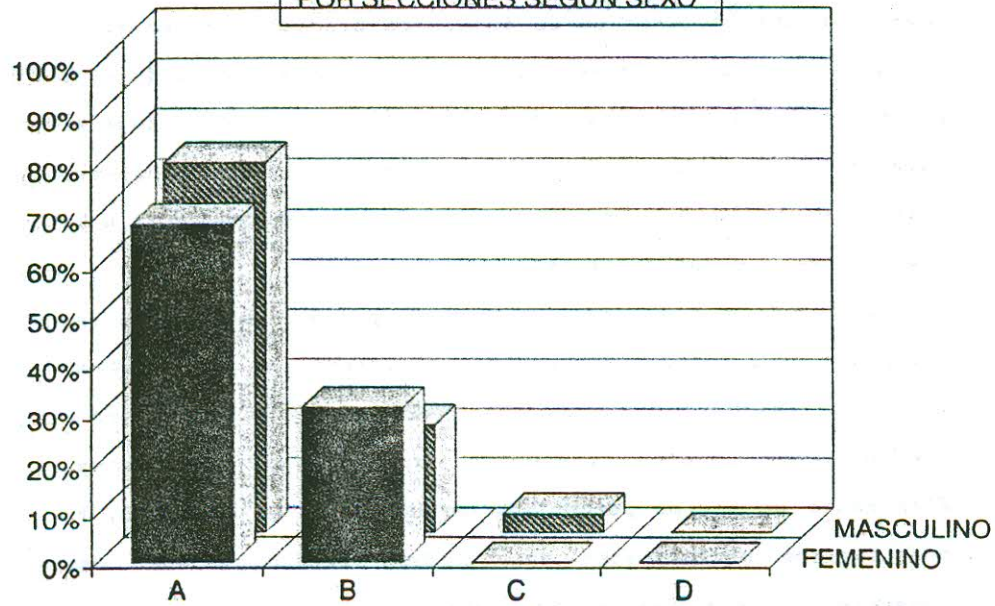
En la sección B predomina el sexo femenino que a diferencia del grupo anterior, se presentan perfeccionistas, ordenados, responsables, autocríticos, y preocupados por los problemas más insignificantes. Se encuentran con indecisión, ansiedad y tensión. La sección C contiene a sujetos exclusivamente del sexo masculino, que además de las características mencionadas para B, son preocupados, moralistas, aprensivos e insatisfechos. Existe tensión en todas sus actividades.

En resumen, la escala de psicastenia se encuentra dentro de límites normales para la mayoría del grupo, presentando ligera alteración para el grupo masculino que cae en la sección C.

GRAFICA No 20

PSICASTENIA
ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



8) Análisis e interpretación de la escala 8:

Esquizofrenia

La gráfica 21 ofrece la distribución de las secciones en la escala de esquizofrenia, ubicando la mayoría y para ambos sexos en la sección B. Esta sección incluye a personas que presentan una combinación de intereses prácticos y teóricos. Son personas equilibradas que buscan poder y reconocimiento por medio de la productividad. La sección A se ve ocupada en su mayoría por el sexo femenino y caracteriza a personas con interés en la gente. Son convencionales y con tendencia a la sumisión de figuras autoritarias.

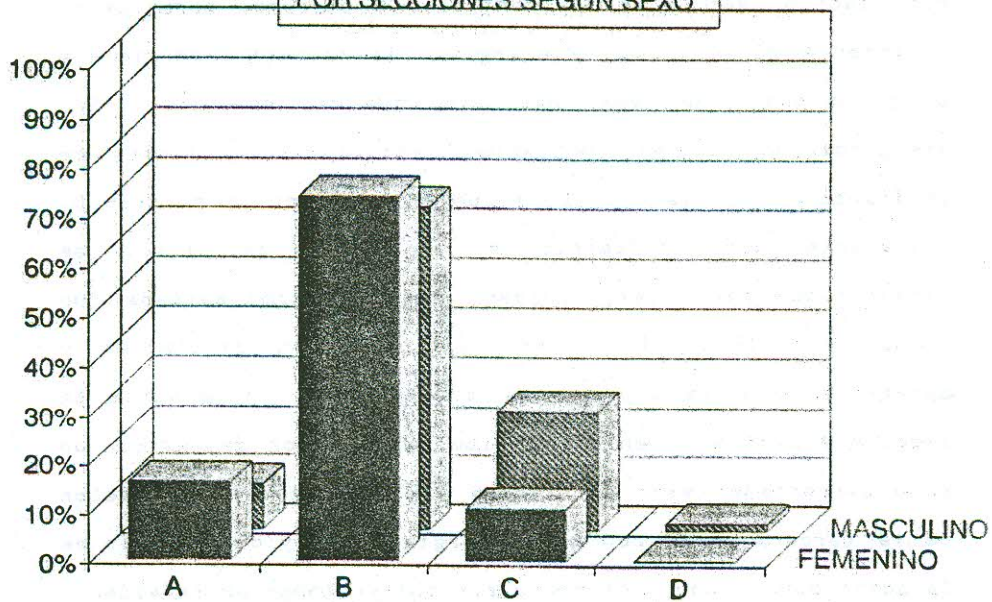
La sección C mayormente ocupada por el sexo masculino identifica a sujetos que abandonan el interés en las personas y en asuntos prácticos. Se les puede percibir solitarios y eventualmente pueden presentar actitud de psicopatas. Finalmente un mínimo porcentaje se ubicó en la escala D, lo que sugiere mentalidades esquizoides, con desórdenes del pensamiento y socialmente introvertidos.

En resumen, el grupo en general se ubicó en secciones que apuntan hacia la normalidad con un porcentaje mínimo a expensas del grupo masculino en secciones que sugieren la patología en mención.

ESQUIZOFRENIA

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



9) Análisis e interpretación de la escala 9:

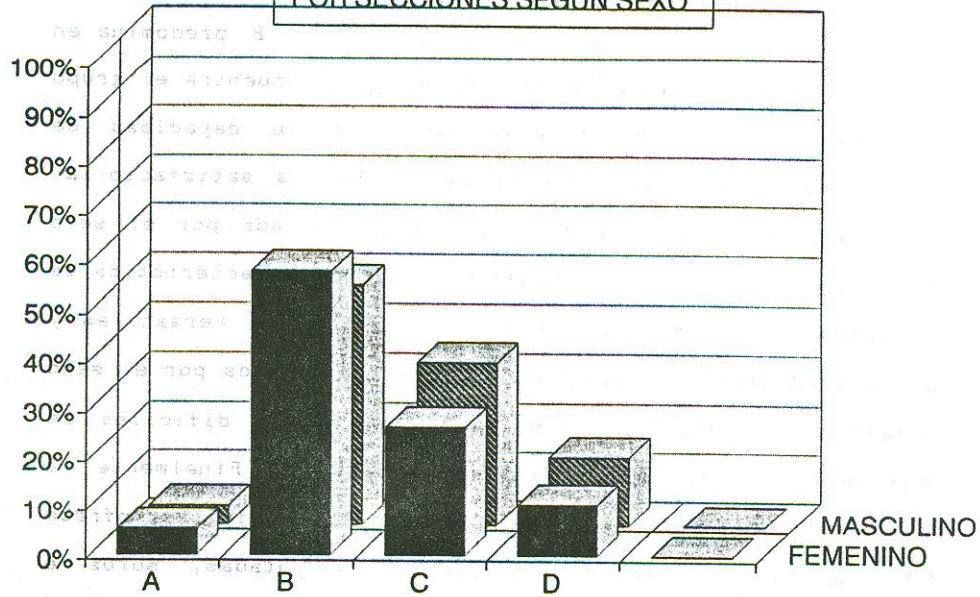
Manía

En la gráfica 22, la mayoría del grupo tanto del sexo masculino como del sexo femenino se ubica en la sección B. Esta sección generalmente identifica a personas normales en relación a su actividad y energía. La sección C contiene a un grupo mayor del sexo masculino que del femenino. Son enérgicos, agradables, sociables, optimistas, y llenos de confianza en sí mismos. Le sigue en su orden la sección D, nuevamente con predominio en el sexo masculino, se caracterizan por hiperactividad, con agitación marcada que puede conducir a la desadaptación. Son irritables y agresivos ante la más mínima frustración. Finalmente la sección A contienen en forma sismilar a ambos grupos con un bajo porcentaje; ésta identifica típicamente a la población de la tercera edad, con poca energía vital y disminución de la actividad. Son apáticos y sin motivaciones en la vida.

En resumen, el cuadro de personalidad maniaca se distribuye de tal forma que la población se ubica mayormente en las secciones que reflejan a personas normales.

PERSONALIDAD MANIACA ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO



10) Análisis e interpretación de la escala 10:

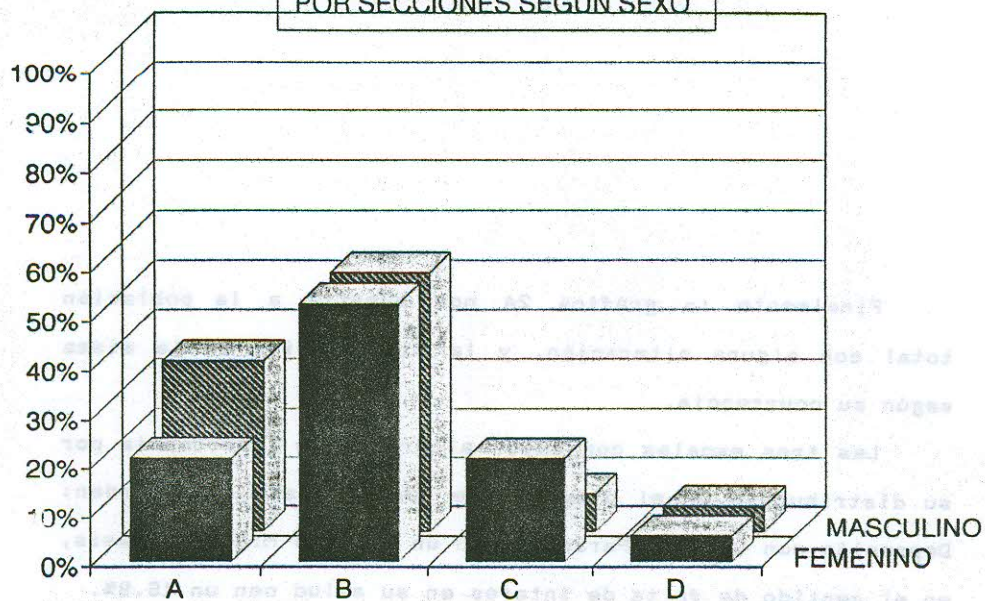
Introversión/Extroversión

La gráfica 23, muestra que la sección B predomina en ésta escala para ambos sexos. En ella se encuentra el grupo de personas normales caracterizado por su capacidad de establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria. Seguidamente la sección A se encuentra ocupada por el sexo masculino en relación al femenino; implica característica de personas afectuosas, sociables, conversadores, versátiles y exhibicionistas. La sección C mayormente ocupada por el sexo femenino, caracteriza a personas reservadas, difíciles de conocer y tímidas en situaciones sociales. Finalmente la sección D, se ocupa de ambos sexos en forma similar; ofrece el cuadro de personas socialmente inadaptadas, solos e introvertidos. Son sumisas con la autoridad inseguros de sí mismos e incapaces de efectuar decisiones.

En resumen, puede establecerse que si bien la gráfica ofrece un comportamiento normal para la mayoría del grupo, los hombres parecen ser más extrovertidos y las mujeres más introvertidas.

INTROVERSION/EXTROVERSION ANALISIS DE LA DISTRIBUCION

POR SECCIONES SEGUN SEXO

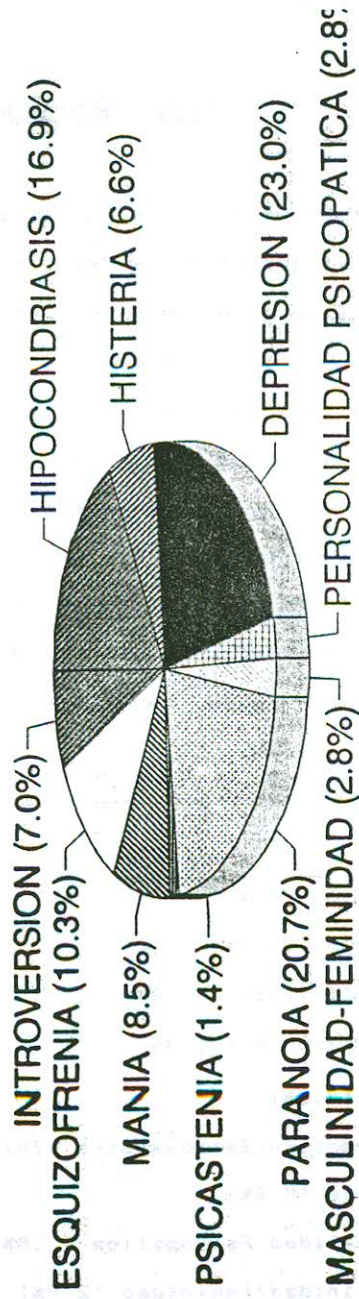


Finalmente la gráfica 24 nos muestra a la población total con alguna alteración, y la distribución de la misma según su ocurrencia.

Las tres escalas con mayor alteración e importancia por su distribución en el diagrama de sectores son en su orden: Depresión con un 23%, Paranoia con un 20.7% e Hipocondriasis, en el sentido de falta de interés en su salud con un 16.9%.

DISTRIBUCION DE LA ALTERACION ENCONTRADA SEGUN SU OCURRENCIA

EN LA POBLACION ESTUDIADA



VIII CONCLUSIONES

A) Un 26.5% de la población total invalidó la prueba del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), distribuido proporcionalmente para ambos sexos. La invalidez del perfil fué determinada por la elevación de las escalas F y K, lo cual sugiere una conducta de poca franqueza al querer presentarse en forma adecuada y de defensa exagerada respectivamente. Y, por la puntuación baja en F al pretender esconder alteraciones emocionales.

B) Un 58.8% de la población con perfiles validos presentó una o más alteraciones en las escalas clínicas, presentando el grupo masculino proporcionalmente mayor alteración.

C) La distribución de las alteraciones se presentó, en su orden:

- * Depresión (23%)
- * Paranoia (20.7%)
- * Hipocondriasis (16.9%)
- * Esquizofrenia (10.3%)
- * Manía (8.3%)
- * Introversión/Extroversión (7%)
- * Histeria (6.6%)
- * Personalidad Psicopatica (2.8%)
- * Masculinidad/Feminidad (2.8%)
- * Psicastenia (1.4%)

IX RECOMENDACIONES

A) El grupo de la población que presentó características del perfil que no permitieron validar la prueba, no debe ser olvidado. Es importante reconocer que si bien pueden haber alterado deliberadamente la prueba, y ello no permite concluir acerca de su perfil de personalidad, también puede obedecer a su misma psicopatología, por lo que se hace necesaria una evaluación más exhaustiva con el grupo, a fin de determinar las causas de tal comportamiento.

B) Es importante que se emprendan estudios analíticos y experimentales, que permitan orientar sobre causas en relación a los trastornos encontrados en ésta investigación a fin de aunar esfuerzos que permitan mejorar la calidad de vida del médico que egresa de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

C) La población estudiantil crece cada día más, y la necesidad de médicos que atiendan a la población en general es cada vez mayor. Sin embargo, las escuelas de Medicina en Guatemala permanecen invariables con respecto a la atención de un número de estudiantes cada vez más grande. Ello compromete no solamente la calidad de aprendizaje de cada estudiante sino que la relación estudiante-maestro se torna

más superficial, perdiendo la oportunidad de identificar desajustes en el aspecto psicológico. Es conveniente que se inicien esfuerzos para crear la infraestructura, que logre dar cabida al creciente número de estudiantes y favorecer un contacto constante y estrecho que permita asesorar al estudiante de medicina para que mantenga y desarrolle su bienestar integral, en favor de sí mismo y en beneficio de la comunidad.

D) Implementar un departamento de Psicología específico para la Facultad de Ciencias Médicas, que evalúe constantemente al estudiante de Medicina en el aspecto psicológico, que ofrezca asesoría psicológica, y que promueva la salud mental por medio de la creación de grupos organizados de autoayuda, seminarios, simposios, entrevista individual y psicoterapia.

X RESUMEN

El estudio de tipo descriptivo, hace un análisis individual del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), del grupo de médicos que optaron por el programa de Especialidades Clínicas en 1992, con el fin de determinar características de personalidad en el médico que eventualmente puedan comprometer su práctica profesional y su vida misma, y que con ello se consideren reformas que busquen elevar la calidad de vida del médico egresado de la Universidad de San Carlos.

Se concluyó que un 58.8% de la población en estudio mostró alteración en el test, orientado a patología. De ellos, la alteración mayormente encontrada fué depresión, seguida de paranoia e hipocondriasis (en el sentido de que no velan por su salud).

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION; Manual de Diagnóstico de Desórdenes Mentales; 3a edición-R; Chicago; 1986.
- 2) BERKOW R, et al; Manual Merck ;
14 edición; Mexico 1982; pp 1397-1492 .
- 3) BENEDETTI P; Actitudes valorativas del estudiante de Medicina; Tesis USAC, 1983.
- 4) BURSTAIN A, et al; Características psicológicas de Residentes y Estudiantes de Medicina;
Journal of Medical Education, Texas 1979; 54:56-58.
- 5) BECKER H, et al; Destino del idealismo en la Escuela de Medicina; American Sociology, febrero 1958, 23:50-56.
- 6) BURSTAIN, et al; Estudio de las Características de la Personalidad de los Estudiantes de Medicina;
Journal of Medical Education, Texas 1980, 55:786-787.
- 7) BURSTAIN P; Estudio Longitudinal de los Cambios de la Personalidad en los Estudiantes de Medicina;
Journal of Medical Education, Texas 1985; 60:404-405.
- 8) CASTELLANOS, J; Estudio Exploratorio del Suicidio en el Médico Guatemalteco; Tesis USAC, 1987.
- 9) ERON L, et al; Efectos de la Educación Medica en las actitudes de los Estudiantes de Medicina;
Journal of Medical Education, Boston 1955, 30:559-566.

- 10) FREEDMAN A; Texto de Psiquiatría II ;
2a edición, Connecticut 1975; 1345-1348.
- 11) FABIAN J; Actitudes y Conductas Sexuales del Estudiante Universitario de Egreso; Tesis USAC, 1991.
- 12) GUERRERO N; Stress en Estudiantes del Último Año en la Facultad de Medicina; Tesis USAC, 1990.
- 13) GARCIA A; Alcoholismo en Estudiantes de Medicina;
Tesis USAC, 1983.
- 14) GRAHAM J; Guía Práctica. MMPI;
Edit. Manual Moderno, Mexico 1987.
- 15) HUXHAM A, et al; Afecta el entrenamiento Médico la Personalidad?;
Journal of Medical Education,
Australia 1985; 30:992-995.
- 16) HERRERA G; Depresión en Estudiantes de Medicina;
Tesis USAC, 1984.
- 17) LOUCKS S, et al; Características Psicológicas de los Estudiantes de Medicina Ligadas al Sexo;
Journal of Psychology; Boston 1979; 102:119-123.
- 18) MENDEZ D; Ansiedad en el estudiante de Medicina;
Tesis USAC, 1990.
- 20) NUÑEZ R; Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la Psicopatología;
Edit. Manual Moderno, Mexico 1979.

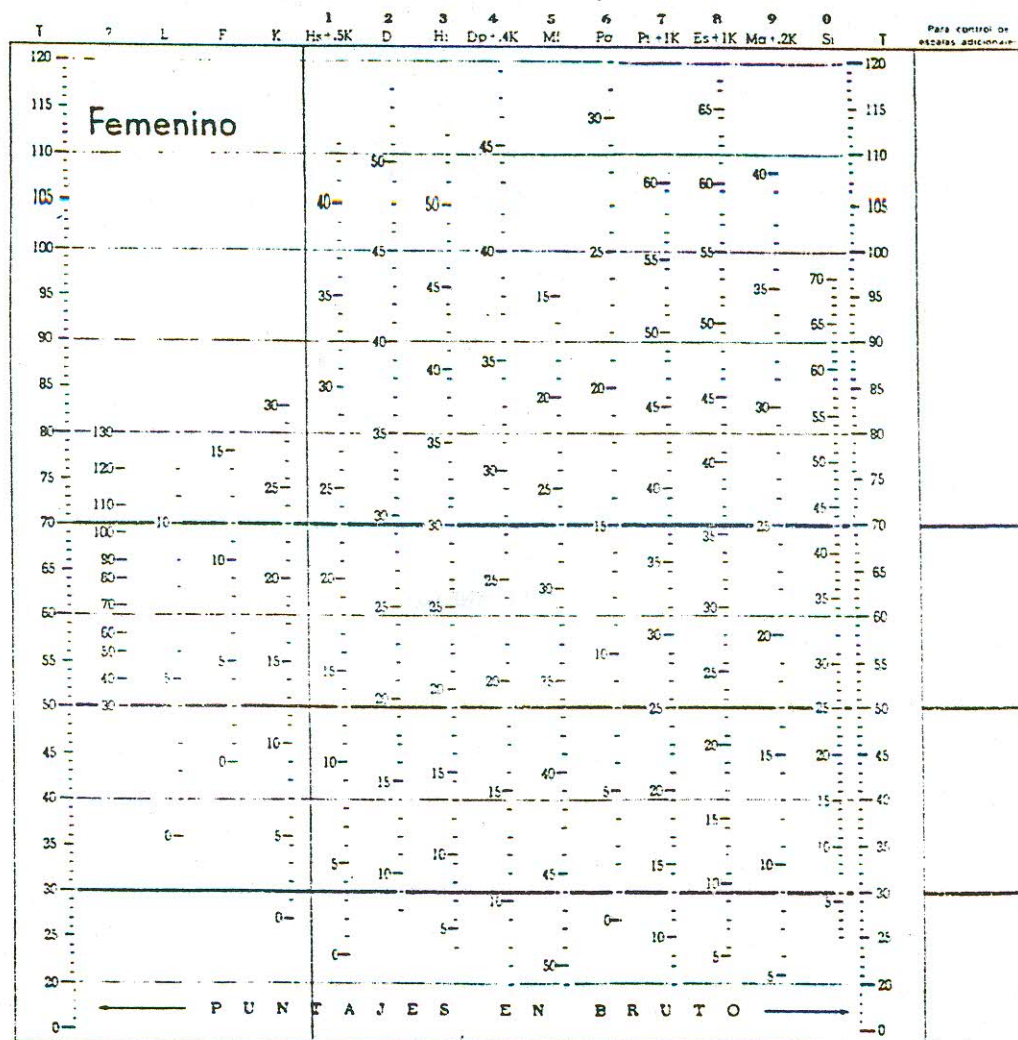
- 21) PERERA J; Prevalencia de la Depresión Durante la Práctica Hospitalaria de los Estudiantes de 4o y 5o Año de la Facultad de Ciencias Medicas; Tesis USAC, 1992.
- 22) SCULLY J, et al; Serie Medica Nacional para estudio Independiente de Psiquiatria; Edit. Mc Graw Hill; Washington 1989.
- 23) TOTHMAN A, et al; Estudio Longitudinal de la Personalidad de los Estudiantes de Medicina, Desde su Aplicación a Su Graduación; Journal of Medical Education, Toronto 1973; 7:225-229.
- 24) YAT M; Efectos de la Deprivación Crónica de Sueño Y Fatiga; Tesis USAC, 1990.
- 25) ZELDOW P; Estudio Longitudinal de 4 años de cambios de la Personalidad en Estudiantes de Medicina; Journal of Medical Education; 1987; 19:118-122.
- 26) ZELDOW P; Correlación de la Estabilidad y Actitudes de Cuidado en Estudiantes de Medicina; Journal of Medical Education; 1987; 21:353-357.

XII ANEXUS



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____

