

11291
30

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

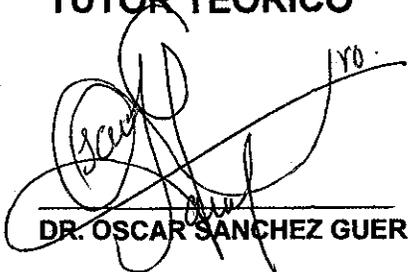
TITULO:

“CORRELACION ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS DURANTE EL ENTRENAMIENTO EN PSIQUIATRIA”

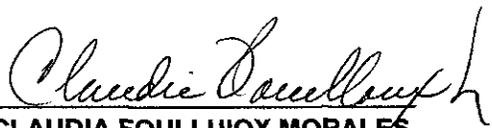
TESIS
QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:

DR. ARNULFO MORALES REYES

TUTOR TEORICO


DR. OSCAR SANCHEZ GUERRERO.

TUTOR METODOLOGICO


DRA. CLAUDIA FOULLUIOX MORALES

FEBRERO 2002

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vo. Eo.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE :

RESUMEN

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

HIPOTESIS

METODOLOGIA

INSTRUMENTO

CRITERIOS DE INCLUSION

CRITERIOS DE EXCLUSION

ANALISIS DE RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

GRAFICAS

BIBLIOGRAFIA.

RESUMEN :

Estudio transversal, de escrutinio y observacional.

Teniendo por objetivo el estudio las diferencias en algunos rasgos de la personalidad y su modificación durante el entrenamiento en psiquiatría, al igual que la relación que guardan estas con ciertas condiciones demográficas, sociales y vivenciales, tomamos como muestra residentes de los tres años del curso de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Participan todos quienes acceden voluntariamente a responder el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 y un cuestionario de datos sociodemográficos.

Realizamos un análisis estratificado entre las calificaciones de cuatro escalas básicas del MMPI-2 (hipocondriasis, depresión, histeria conversiva y desarrollo de psicopatología) y los datos sociodemográficos, obteniendo alta correlación entre residentes con problemáticas identificadas en la encuesta con calificaciones en las escalas clínicas sugestivas de depresión, presencia de mas rasgos hipocondríacos y de histeria conversiva. Además que en los resultados obtenidos por grupos, se presentan similitudes en los resultados para residentes de primer año y tercero, encontrando significativamente bajos los niveles de resultado en tales escalas para residentes de 2º año.

Concluimos que los rasgos clínicos de la estructura de personalidad en residentes de primero y tercero son similares, probablemente por el estrés del inicio y la adaptación al entrenamiento y las responsabilidades y cercana salida de del mismo, respectivamente.

Damos pauta a otros estudios que den seguimiento a grupos a través de los años de entrenamiento.

INTRODUCCION:

La educación es un proceso complejo mediante el cual se intenta aproximar la conducta de los individuos a un conjunto de valores y normas definidas socialmente.

Es mediante la educación que el individuo se prepara para entender la vida y actuar de acuerdo con los valores por el escogidos.

De acuerdo con estos conceptos la educación profesional no se reduce a la adquisición de conocimientos y habilidades, si no que influye también en la esfera de la adaptación psicológica individual.

Es propio del ser humano , y de acuerdo a las capacidades individuales, la posibilidad de adaptarse a medios que le representan peligro o que le demandan una nueva forma de vivir. Es a lo que se le llama capacidad de adaptación. Dicha capacidad confiere un cambio , de intensidad y alcance variable en algunas de las áreas de la personalidad, afectividad, cognición que redundan en la posibilidad de supervivencia.

La educación, adquisición de nuevos constructos o el cambio de algunos ya existentes, finalmente también se trata de un cambio y exige del ser humano la capacidad de adaptación. Y dicho cambio permite por si mismo la preservación.

El entrenamiento de postgrado es un periodo mediante el cual los jóvenes médicos continúan su tarea para convertirse en profesionales competentes mediante la adquisición de nuevos conocimientos y la participación en el entrenamiento en base a los programas de estudio. Tal situación ofrece un cambio en algunas áreas de la estructura de personalidad, de manera principal, que lleve finalmente a la adaptación y con ello al logro del objetivo vislumbrado en el inicio: "la especialización".

Existen varios estudios en relación a los cambios de tipo afectivo y de personalidad a los que se enfrenta el estudiante de postgrado y que pueden condicionar alteraciones a nivel de patología mental ya sea afectiva o conductas de riesgo para la salud como son el uso de sustancias o en casos graves actos suicidas.

Tales cambios y alteraciones en la salud mental, son mayormente significativos en el residentes de Psiquiatría, quienes además de enfrentar los cambios que exige el aprendizaje de tal disciplina, enfrenta también la vivencia de afectos, percepciones y fantasías que despiertan en él su propio paciente; la llamada contratransferencia. Propiciando lo anterior mayores retos para lograr la adaptación.

MARCO TEORICO :

Se han realizado estudios sobre la incidencia de depresión y ansiedad en residentes de psiquiatría y se ha comparado el nivel de la misma con los otros residentes, como residentes de urgencias medico quirúrgicas, de cancerología y de medicina interna. Los resultados siempre fueron de alto índice para la especialidad de psiquiatría mas que para otras. De la misma manera la ansiedad se ha investigado en su incidencia en residentes de psiquiatría y también se ha realizado la comparación con otras especialidades, en donde los resultados indican una mayor presencia de tal afección en quienes cursan el entrenamiento psiquiátrico que en quienes realizan entrenamiento en otra disciplina medica (1).

Los estudios realizados varían desde clinimetricos a psicometricos, con la utilización de diversas escalas o instrumentos de medición apropiados para cada objetivo. Feinstein (2), resume las diferencias entre la utilización clinimétrica y psicométrica, que de manera fundamental entre ambos métodos de medición radica en el modo en que se seleccionan los reactivos al incluirse en un índice o escala. La psicometría con frecuencia evalúa constructos teóricos; por ejemplo, se asume que las conductas o las opiniones que una persona emite en relación a la "enfermedad mental", corresponden a una característica subyacente que se denomina "actitud a la enfermedad mental". A partir de una construcción teórica (o concepto) se identifican características relacionadas y se desarrolla el índice o la escala, método que Feinstein llama "selección analítica".

Uno de los primeros estudios a residentes de psiquiatría es el realizado por E.M.Waring(3), donde refiere que las enfermedades emocionales en residentes de entrenamiento de postgrado ha sido el tópico de varios artículos en años recientes. Tales artículos sugieren que la enfermedad emocional durante el entrenamiento en psiquiatría es común. La ansiedad y depresión caracterizan esas enfermedades y su ocurrencia es sobre todo mas frecuente en el primer año del entrenamiento. Pero como Halleck y Woods han informado, la prevalencia de estados de depresión, ansiedad, suicidio, psicosis o serios acting out no esta disponible(4).

En el estudio antes mencionado resulta que 22% de la muestra estudiada (104 residentes en psiquiatría), presentaban calificación en el rango de probable caso de enfermedad emocional no psicotica; comparado a 3% de el grupo control (46 posgraduados) no psiquiatras, que presentaban el mismo dato. Tal prevalencia fue poco alta en quienes cursaban el 1er año de entrenamiento, comparados con el resto de la muestra. Varios factores han sido implicados in la etiología de las enfermedades emocionales en los entrenados en psiquiatría. Varios autores sugieren que el mayor de los factores es la personalidad que el propio estudiante trae al ingresar al entrenamiento. Halleck y Woods mencionan "Muchos psiquiatras tienen la impresión subjetiva que la elección de la especialización psiquiátrica puede también determinarse por la presencia de significativos conflictos emocionales(4).

Algunos autores sugieren que la presencia de ansiedad y depresión son necesarias para el desarrollo de una competencia e identificación psiquiátrica (5).Y esto esta en relación con los cambios que exige el proceso de adaptación psicológica individual ante la circunstancia del entrenamiento.

Sin embargo, las afectaciones emocionales ya mencionada pueden relacionarse altamente con la incidencia de suicidios, adicción a drogas y enfermedad mental entre psiquiatras y otros médicos, durante su vida.(6)

Para determinar la personalidad y características de actitud de los trastornos de la emocionalidad de residentes en psiquiatría y su corto tiempo de ajuste, los autores (Garfinkel y Waring) condujeron una serie de pruebas psicológicas a médicos en entrenamiento de dos programas de residencia medica. De una muestra de 70 residentes, quienes contestaron el Cuestionario General de Salud(GHQ), el MMPI, el inventario de personalidad Eysenck y el Strong Vocational Interest Blank; el 9% de los casos de la evaluación del GHQ, tuvieron enfermedad emocional no psicótica, y 5% fueron casos probables. Resultados altos se obtuvieron en neurotismo, depresión, aislamiento social, esquizofrenia, psicoastenia e hipocondriasis en el MMPI. Sus intereses fueron menores que otros médicos y psiquiatras y mayores que los de banqueros y trabajadores de oficina(7).

Mucho se ha escrito acerca de los efectos del primer año del entrenamiento en psiquiatría en el desarrollo de médicos psiquiatras. Merklin y Little (8) describieron el "síndrome de iniciación del entrenamiento psiquiátrico" caracterizado por síntomas neuróticos temporales, trastornos psicomaticos y síntomas conductuales. Halleck y Woods (9) señalaron la falta de estadísticas confiables de las causas de fracaso en la residencia de los programas de entrenamiento, pero sentían que "el impacto de varios estresores en la residencia psiquiátrica es mas frecuentemente manifiesta por la ocurrencia de sintomatología clínica y subclínica o en el deterioro de su desarrollo profesional. Ellos apelaron al franco reconocimiento, abrir la discusión y estudio cuidadoso de la dificultades emocionales de los residentes.

Holt y Sadock han sugerido que el mayor de los factores implicados en la etiología de los trastornos emocionales de los residentes en psiquiatría es su propia personalidad con la que el medico ingresa al entrenamiento(10).Halleck y Woods escriben: "Muchos psiquiatras tienen la impresión subjetiva que la elección de la especialización en psiquiatría puede también determinarse por la presencia de significativos conflictos emocionales. Es poco conocido, sin embargo, la interrelacion entre la personalidad del medico y el posterior desarrollo de trastornos emocionales durante la residencia. Otros factores presentes en todo entrenamiento medico de postgrado , tal como dependencia prolongada, hostilidad de competición, y dificultades socioeconómicas relativas en comparación con iguales sin adiestramiento, también ha sido implicada.

De manera importante, hay algunos factores específicos potencialmente patogénicos, que incluyen: 1) Identificación con la psicopatología de uno de los pacientes,2) El impacto de la supervisión psicoterapeutica y las asociaciones del desarrollo de "mentalidad psicológica", y 3) Cambio del rol de autoridad hacia el medico en el equipo interdisciplinario de acercamiento de la psiquiatría clínica. En adición, como Halleck y Woods observaron, el residente de psiquiatría de primer año, quien recién inicia a enfrentarse con problema de identidad y competencia en un nuevo campo y quien también recién desarrolla elevados conocimientos de sus conflictos intrapsíquicos, es usualmente asignado al servicio de pacientes con trastornos mas serios (9).

Ungerleider, describe al primer año de la residencia en psiquiatría como "el año mas difícil" y focalizado en el desarrollo de defensas contra desesperanza y ansiedad, la necesidad de controlar y el miedo a ser controlado(11).

Pasnau y Bayley observaron incremento en los niveles de depresión en los resultados del MMPI durante el primer año de entrenamiento en psiquiatría en 18 residentes. Concluyeron que aunque el primer año de entrenamiento es en extremo un periodo importante, "los patrones de personalidad de los médicos que están presentes antes de su experiencia con el entrenamiento, permanecen constantes a través del primer año y son mucho mas propios los patrones de personalidad descritos hace 20 y mas años en los trabajos pioneros en este campo"(12).

Pero aun queda la pregunta: ¿Qué tan comunes son los trastornos emocionales durante el entrenamiento en psiquiatría? Blachly y asociados reportaron cifras de suicidio en médicos residentes de 15 por 100 000 al año(13); Craig y Pitts(14) reportaron un rango de 21 por 100 000 al año. Los últimos hallazgos en residentes de psiquiatría, informaron de 31% de total de suicidios , pero este resultado no fue estadísticamente diferente del de otras especialidades. Sin embargo, un estudio global que involucran toda actividad de los programas de residencia en psiquiatría en Estado Unidos, Russell y asociados (15) reportaron que alrededor de 2% de los residentes dejan el entrenamiento por trastornos emocionales. Tales trastornos pueden clasificarse dentro de: 1) trastornos de carácter, 43%; 2) varias neurosis o depresión, 35%; y 3) psicosis, 18%. Ocurrieron 4 suicidios en individuos en un año, constituyendo la asombrosa marca de 106 personas por 100 000. Es, por mucho, el mas alto rango registrado por una sola especialidad medica.

Russel y asociados encontraron que los médicos que dejaron el entrenamiento secundario a problemas emocionales, eran o "residentes problema" donde significativamente eran mayores de edad, tenían un historial de separación marital o divorcio, hacían utilización de drogas o alcohol y tenían una historia de psicoterapia(15).

Garfinkel y Waring, encontraron que 9% de los residentes exhibían trastornos emocionales al corto tiempo de iniciado el entrenamiento. Este porcentaje presentaban altos valores en depresión, esquizofrenia, hipocondriasis, aislación social y psicoastenia en las subescalas del MMPI(7).

Los autores mencionan que los residentes con trastornos emocionales podían realmente diferenciarse de sus colegas en la base de su personalidad. Especificamente, encontraron altos niveles en las escalas de neurotismo, depresión, aislamiento y confusión del MMPI(7).

Si bien el inicio de la residencia psiquiátrica es indudablemente un evento estresante, concluyen los autores que el factor mayor de problemática emocional es la personalidad de los individuos. La literatura en médicos y estudiantes de medicina apoya esto. Vaillant y asociados mostraron que solo aquellos médicos con desarrollo de la infancia y adolescencia poco estable presentaban vulnerabilidad al riesgo ocupacional de los Doctores(6). Similarmente, Pitts y asociados, encontraron que un historial positivo a enfermedades psiquiátricas es fuertemente correlacionado con enfermedad psiquiátrica en médicos estudiantes(16).

En el artículo "suicidio en residentes de psiquiatría, análisis de 5 casos", los autores presentan 5 historias de residentes de psiquiatría de un área metropolitana grande, quienes cometieron suicidio en un periodo de 5 años. No solo encontraron precipitantes individuales o predictorias, también notaron similitudes en los casos, incluyendo un alto índice de psicopatología manifestada en problemas maritales, ausencia de interrelación estrecha, psicoterapia previa, abuso de drogas y/o alcohol. Los autores sugieren interacciones de factores personales, igual que institucionales como causa de todos estos suicidios y recomiendan mejorar tanto los programas de residencia como proveer de tutores individuales a cada residentes, y facilitar la psicoterapia de residentes problema(17).

Pasnau y Russell, recomiendan entrevistas por varios miembros facultativos para cada aspirante para cuestionar su validez predictiva, ocurriendo cuando menos un año antes de iniciar el entrenamiento en psiquiatría. Ya que una mayor parte de los problemas emocionales de los residentes, es relacionado con su patrón de personalidad, sentimos que este tipo de entrevistas justo un año antes del inicio de entrenamiento puede ser útil. Entrevistar a los aspirantes a residencia ha ido ganando popularidad por que aunque los residentes no tienen experiencia personal, frecuentemente ocultan una dimensión de la personalidad que podría eludir a un miembro facultativo(17).

Uno de los métodos mas utilizado para la exploración e investigación del aspirante a psiquiatría ha sido la aplicación del MMPI,(cuya utilización data desde la década de los 30's) así como entrevistas con autoridades de enseñanza de las instituciones sede de la especialización (12)(18). En el campo de la práctica psicométrica y de evaluación de la personalidad, el MMPI ha sido sin duda el inventario de personalidad más ampliamente utilizado en México, tanto como en las áreas de la psicología clínica y educativa como en el campo laboral (19).

El material de las primeras investigaciones realizadas en México con el inventario MMPI-2, tanto la traducción del inventario, como la del manual constituyen versiones adecuadas para ser utilizadas en nuestro país (20).

Sin embargo, es necesario señalar que desde hace más de veinte años autores como Butcher (1972); Butcher y Tellegen (1966); Butcher y Owen (1978), Hatahaway (1965), se percataron de algunos problemas del inventario en la evaluación de la personalidad, que ya advertían la necesidad de revisarlo. Fue por ello que en 1982 se constituyó en la Universidad de Minnesota un comité para revisar y actualizar el inventario. Este comité entre otros aspectos consideró necesario excluir reactivos obsoletos o poco convenientes y ampliar la gama de los mismos a temas actuales, como por ejemplo la evaluación de la desadaptación profesional (20).

En México, desde que Nuñez tradujo el inventario, en la década de 1960 (21), se han realizado numerosos estudios con el MMPI original, algunos de los cuales, muestran diferencias significativas entre la población mexicana y el grupo normativo de Minnesota señalan incluso marcados índices de psicopatología en poblaciones mexicanas normales (19; 22). Estas dificultades se suplían en gran parte por la experiencia del clínico, quien automáticamente ajustaba la elevación en algunas escalas, tomándolas como no significativas, pero el inventario en manos inexpertas, podía llevar a errores en la evaluación de los sujetos.

Aún en la actualidad se siguen utilizando las normas y perfiles norteamericanos originales, probablemente poco idóneos para la población mexicana.

La forma revisada de la prueba(MMPI-2), fue publicada en 1989. En esta revisión se buscó la continuidad con el MMPI original , manteniendo las escalas clínicas y de validez tradicionales relativamente intactas . Se añadió, además, un numero considerable de escalas nuevas para ampliar y hacer más precisa la evaluación psicológica. Entre ellas destacan las escalas de contenido, derivadas mediante una estrategia de construcción multietápica en las que se emplearon procedimientos racionales y estadísticos sofisticados (20).

Los resultados de las investigaciones realizadas en Estados Unidos (Ben-Porath y Butcher,1988; Munley y Zarantonello,1990) con la nueva versión del inventario, demostraron que el MMPI-2 es comparable con el MMPI original. Con esta revisión se logró perfeccionar el instrumento hasta obtener la versión actualizada del MMPI – 2, la que se tradujo al español en forma adecuada para obtener normas para nuestra población. La versión revisada del inventario MMPI-2, traducida al español; se adecua en contenido y lenguaje a la población mexicana (21).

Una de las mas amplias utilizaciones del MMPI-2 ha sido en Universitarios Mexicanos, donde se ha correlacionado además las calificaciones de ciertas escalas clínicas con el rendimiento académico. Encontrando gran correlación entre las calificaciones T moderadas, altas y muy altas de las escalas de Depresión, Histeria conversiva e hipocondriasis con mal rendimiento académico (23).

Dentro de las pruebas de validez que se han aplicado a las diferentes escalas del MMPI-2, destaca una recientemente realizada en Toronto, Canadá. En ella se solicita a un grupo de expertos en Salud Mental de diferentes instituciones que responda el Inventario como si presentaran depresión mayor. Como resultado se obtiene calificaciones de invalidez a las respuestas dadas, sin consistencia además de gran disparidad al comparar los resultados con pacientes diagnosticados previamente como Deprimidos. Estos hallazgos sugieren que expertos son incapaces de fingir depresión importante y falsear resultados del MMPI-2 (24).

JUSTIFICACION :

Son verdaderamente escasos los estudios en relación a este tema, sobre el periodo de adaptación al cual se enfrentan los médicos que deciden ser entrenados en psiquiatría. Desconocemos la interrelación entre las variables sociodemograficas y el entrenamiento psiquiátrico en México.

Aún en la actualidad se siguen utilizando las normas y perfiles norteamericanos originales, probablemente poco idóneos para la población mexicana.

La forma revisada de la prueba(MMPI-2), fue publicada en 1989. En esta revisión se buscó la continuidad con el MMPI original , manteniendo las escalas clínicas y de validez tradicionales relativamente intactas . Se añadió, además, un numero considerable de escalas nuevas para ampliar y hacer más precisa la evaluación psicológica. Entre ellas destacan las escalas de contenido, derivadas mediante una estrategia de construcción multietápica en las que se emplearon procedimientos racionales y estadísticos sofisticados (20).

Los resultados de las investigaciones realizadas en Estados Unidos (Ben-Porath y Butcher,1988; Munley y Zarantonello,1990) con la nueva versión del inventario, demostraron que el MMPI-2 es comparable con el MMPI original. Con esta revisión se logró perfeccionar el instrumento hasta obtener la versión actualizada del MMPI – 2, la que se tradujo al español en forma adecuada para obtener normas para nuestra población. La versión revisada del inventario MMPI-2, traducida al español; se adecua en contenido y lenguaje a la población mexicana (21).

Una de las mas amplias utilizaciones del MMPI-2 ha sido en Universitarios Mexicanos, donde se ha correlacionado además las calificaciones de ciertas escalas clínicas con el rendimiento académico. Encontrando gran correlación entre las calificaciones T moderadas, altas y muy altas de las escalas de Depresión, Histeria conversiva e hipocondriasis con mal rendimiento académico (23).

Dentro de las pruebas de validez que se han aplicado a las diferentes escalas del MMPI-2, destaca una recientemente realizada en Toronto, Canadá. En ella se solicita a un grupo de expertos en Salud Mental de diferentes instituciones que responda el Inventario como si presentaran depresión mayor. Como resultado se obtiene calificaciones de invalidez a las respuestas dadas, sin consistencia además de gran disparidad al comparar los resultados con pacientes diagnosticados previamente como Deprimidos. Estos hallazgos sugieren que expertos son incapaces de fingir depresión importante y falsear resultados del MMPI-2 (24).

JUSTIFICACION :

Son verdaderamente escasos los estudios en relación a este tema, sobre el periodo de adaptación al cual se enfrentan los médicos que deciden ser entrenados en psiquiatría. Desconocemos la interrelación entre las variables sociodemograficas y el entrenamiento psiquiátrico en México.

OBJETIVOS :

1. Identificar los grupos de residentes con más alta calificación en las escalas clínicas de Hipocondriasis, depresión, Histeria conversiva y Desarrollo de psicopatología del MMPI-2.
2. Detectar las variables asociadas a las puntuaciones encontradas.
3. Comparar los resultados encontrados entre los grupos de residentes de distinto grado.

HIPOTESIS :

El entrenamiento en psiquiatría es una de las carreras que ofrece mas alto índice de estresor al residente, sin embargo no todos los años del entrenamiento son en la misma intensidad. Las preguntas que tenemos es ¿Difieren entre si los grupos de residentes durante el entrenamiento psiquiátrico, en base a las escalas clínicas de MMPI-2?; ¿Hay alguna relación entre las puntuaciones de las escalas clínicas y las variables sociodemograficas?.

Creemos que los grupos de primero y tercero, pueden estar mas expuestos a estresores y de esta manera condicionar mayores rasgos en las escalas clínicas.

METODOLOGIA :

Se aplicara el Inventario Multifasico de la Personalidad Minnessota 2(MMPI-2), a todos los residentes de psiquiatría de 1º, 2º y 3º del hospital Fray Bernardino Alvarez. Se solicitara el llenado de un cuestionario sociodemografico y de antecedentes, en donde será no requerido el nombre del participante, para mantener el anonimato y esperar mayor confianza y soltura al responderlo.

La aplicación a residentes de 2º y 3º se realizara al momento de iniciar el protocolo. Para los residentes de 1º, deberemos de esperar a que cumplan 6 meses de entrenamiento y de realizado la primera aplicación para obtener confiabilidad en los resultados. A menor tiempo del mencionado la actitud hacia la prueba limita la apertura y sinceridad al contestar.

La calificación de las hojas de respuestas será mediante la colaboración de Licenciada en Psicología del Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Jannet Jiménez; quien además auxiliara en la interpretación de las puntuaciones.

Los participantes deberán otorgar su consentimiento, firmando un formato en el cual se establece que la información será anónima y que la utilización de la misma es con fines exclusivos a la investigación señalada.

INSTRUMENTO :

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) es una prueba de amplio espectro para evaluar un numero importante de tipos de

OBJETIVOS :

1. Identificar los grupos de residentes con más alta calificación en las escalas clínicas de Hipocondriasis, depresión, Histeria conversiva y Desarrollo de psicopatología del MMPI-2.
2. Detectar las variables asociadas a las puntuaciones encontradas.
3. Comparar los resultados encontrados entre los grupos de residentes de distinto grado.

HIPOTESIS :

El entrenamiento en psiquiatría es una de las carreras que ofrece mas alto índice de estresor al residente, sin embargo no todos los años del entrenamiento son en la misma intensidad. Las preguntas que tenemos es ¿Difieren entre si los grupos de residentes durante el entrenamiento psiquiátrico, en base a las escalas clínicas de MMPI-2?; ¿Hay alguna relación entre las puntuaciones de las escalas clínicas y las variables sociodemograficas?.

Creemos que los grupos de primero y tercero, pueden estar mas expuestos a estresores y de esta manera condicionar mayores rasgos en las escalas clínicas.

METODOLOGIA :

Se aplicara el Inventario Multifasico de la Personalidad Minnessota 2(MMPI-2), a todos los residentes de psiquiatría de 1º, 2º y 3º del hospital Fray Bernardino Alvarez. Se solicitara el llenado de un cuestionario sociodemografico y de antecedentes, en donde será no requerido el nombre del participante, para mantener el anonimato y esperar mayor confianza y soltura al responderlo.

La aplicación a residentes de 2º y 3º se realizara al momento de iniciar el protocolo. Para los residentes de 1º, deberemos de esperar a que cumplan 6 meses de entrenamiento y de realizado la primera aplicación para obtener confiabilidad en los resultados. A menor tiempo del mencionado la actitud hacia la prueba limita la apertura y sinceridad al contestar.

La calificación de las hojas de respuestas será mediante la colaboración de Licenciada en Psicología del Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Jannet Jiménez; quien además auxiliara en la interpretación de las puntuaciones.

Los participantes deberán otorgar su consentimiento, firmando un formato en el cual se establece que la información será anónima y que la utilización de la misma es con fines exclusivos a la investigación señalada.

INSTRUMENTO :

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) es una prueba de amplio espectro para evaluar un numero importante de tipos de

OBJETIVOS :

1. Identificar los grupos de residentes con más alta calificación en las escalas clínicas de Hipocondriasis, depresión, Histeria conversiva y Desarrollo de psicopatología del MMPI-2.
2. Detectar las variables asociadas a las puntuaciones encontradas.
3. Comparar los resultados encontrados entre los grupos de residentes de distinto grado.

HIPOTESIS :

El entrenamiento en psiquiatría es una de las carreras que ofrece mas alto índice de estresor al residente, sin embargo no todos los años del entrenamiento son en la misma intensidad. Las preguntas que tenemos es ¿Difieren entre si los grupos de residentes durante el entrenamiento psiquiátrico, en base a las escalas clínicas de MMPI-2?; ¿Hay alguna relación entre las puntuaciones de las escalas clínicas y las variables sociodemograficas?.

Creemos que los grupos de primero y tercero, pueden estar mas expuestos a estresores y de esta manera condicionar mayores rasgos en las escalas clínicas.

METODOLOGIA :

Se aplicara el Inventario Multifasico de la Personalidad Minnessota 2(MMPI-2), a todos los residentes de psiquiatría de 1º, 2º y 3º del hospital Fray Bernardino Alvarez. Se solicitara el llenado de un cuestionario sociodemografico y de antecedentes, en donde será no requerido el nombre del participante, para mantener el anonimato y esperar mayor confianza y soltura al responderlo.

La aplicación a residentes de 2º y 3º se realizara al momento de iniciar el protocolo. Para los residentes de 1º, deberemos de esperar a que cumplan 6 meses de entrenamiento y de realizado la primera aplicación para obtener confiabilidad en los resultados. A menor tiempo del mencionado la actitud hacia la prueba limita la apertura y sinceridad al contestar.

La calificación de las hojas de respuestas será mediante la colaboración de Licenciada en Psicología del Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Jannet Jiménez; quien además auxiliara en la interpretación de las puntuaciones.

Los participantes deberán otorgar su consentimiento, firmando un formato en el cual se establece que la información será anónima y que la utilización de la misma es con fines exclusivos a la investigación señalada.

INSTRUMENTO :

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) es una prueba de amplio espectro para evaluar un numero importante de tipos de

OBJETIVOS :

1. Identificar los grupos de residentes con más alta calificación en las escalas clínicas de Hipocondriasis, depresión, Histeria conversiva y Desarrollo de psicopatología del MMPI-2.
2. Detectar las variables asociadas a las puntuaciones encontradas.
3. Comparar los resultados encontrados entre los grupos de residentes de distinto grado.

HIPOTESIS :

El entrenamiento en psiquiatría es una de las carreras que ofrece mas alto índice de estresor al residente, sin embargo no todos los años del entrenamiento son en la misma intensidad. Las preguntas que tenemos es ¿Difieren entre si los grupos de residentes durante el entrenamiento psiquiátrico, en base a las escalas clínicas de MMPI-2?; ¿Hay alguna relación entre las puntuaciones de las escalas clínicas y las variables sociodemograficas?.

Creemos que los grupos de primero y tercero, pueden estar mas expuestos a estresores y de esta manera condicionar mayores rasgos en las escalas clínicas.

METODOLOGIA :

Se aplicara el Inventario Multifasico de la Personalidad Minnessota 2(MMPI-2), a todos los residentes de psiquiatría de 1º, 2º y 3º del hospital Fray Bernardino Alvarez. Se solicitara el llenado de un cuestionario sociodemografico y de antecedentes, en donde será no requerido el nombre del participante, para mantener el anonimato y esperar mayor confianza y soltura al responderlo.

La aplicación a residentes de 2º y 3º se realizara al momento de iniciar el protocolo. Para los residentes de 1º, deberemos de esperar a que cumplan 6 meses de entrenamiento y de realizado la primera aplicación para obtener confiabilidad en los resultados. A menor tiempo del mencionado la actitud hacia la prueba limita la apertura y sinceridad al contestar.

La calificación de las hojas de respuestas será mediante la colaboración de Licenciada en Psicología del Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Jannet Jiménez; quien además auxiliara en la interpretación de las puntuaciones.

Los participantes deberán otorgar su consentimiento, firmando un formato en el cual se establece que la información será anónima y que la utilización de la misma es con fines exclusivos a la investigación señalada.

INSTRUMENTO :

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) es una prueba de amplio espectro para evaluar un numero importante de tipos de

personalidad y desordenes emocionales. Puede aplicarse tanto en forma individual como colectiva, requiriendo un nivel de lectura de secundaria como mínimo, así como cooperación y dedicación a contestar el inventario (20). La prueba en sí misma proporciona la manera de verificar si estos requisitos no se han cumplido (25).

De este inventario se han derivado varias escalas, como por ejemplo la escala de ansiedad manifiesta de Taylor diseñada para medir ansiedad crónica o habitual (AMT, 1953)(26).

El MMPI es autoaplicable. Fue desarrollado en 1937 por Starke Hataway, Psicólogo y J. Charnley Mackinley, psiquiatra. El Test se revisó y actualmente se llama MMPI-2. Consiste en 567 frases como: "estoy preocupado por temas sexuales"; "algunas veces molestó a los animales", a las que el sujeto debe responder "verdadero o falso.(27)

En México los estudios de normativización, confiabilidad y validez del MMPI-2 fueron realizados en 1994 por Lucio, E. y Reyes, I. con población universitaria en la UNAM (21).

El Inventario contiene 7 escalas de validez, 10 escalas clínicas, 15 escalas de contenido, y 12 escalas suplementarias. La escala L evalúa mentiras y sus puntuaciones pueden ser: bajo, medio, moderado, alto y muy alto de las cuales solo medio, moderado y alto dan validez a la prueba. La escala F evalúa infrecuencia con niveles de puntuación T, bajo, medio, moderado, alto y muy alto; dando invalidez a la prueba las puntuaciones en nivel muy alto. La escala K evalúa corrección que es más bien una actitud ante la prueba y también cuenta con puntuaciones T bajo, medio, moderado y alto; siendo cuestionable las puntuaciones bajas y altas. Y sin embargo la interpretación de las 3 no es en forma separada por el contrario se realiza de manera integrada.

Para nuestro estudio utilizamos las siguientes escalas clínicas:

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis) Refleja preocupaciones somáticas e inquietudes sobre el funcionamiento corporal. Consta 32 reactivos. Escala 2 (D: depresión) Tiende a reflejar la depresión como un trastorno del ánimo y consta de 57 reactivos. Escala 3 (Hi: Histeria conversiva) Implica la identificación de los síntomas Histriónicos clásicos incluidos síntomas asociados a la indiferencia, negación, represión e inhibición sin medir actitudes melodramáticas, consta de 60 reactivos. Escala 4 (Dp: Desviación Psicopática) Se desarrolló para valorar los aspectos amorales y asociales de la psicopatología, más que los criminales o antisociales. Esta escala proporciona una buena información sobre la calidad de las relaciones interpersonales.

Para este estudio utilizamos perfiles de calificación de las escalas basadas en la norma Mexicana.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de 1º, 2º y 3er año, que acepten participar.

personalidad y desordenes emocionales. Puede aplicarse tanto en forma individual como colectiva, requiriendo un nivel de lectura de secundaria como mínimo, así como cooperación y dedicación a contestar el inventario (20). La prueba en sí misma proporciona la manera de verificar si estos requisitos no se han cumplido (25).

De este inventario se han derivado varias escalas, como por ejemplo la escala de ansiedad manifiesta de Taylor diseñada para medir ansiedad crónica o habitual (AMT, 1953)(26).

El MMPI es autoaplicable. Fue desarrollado en 1937 por Starke Hataway, Psicólogo y J. Charnley Mackinley, psiquiatra. El Test se revisó y actualmente se llama MMPI-2. Consiste en 567 frases como: "estoy preocupado por temas sexuales"; "algunas veces molestó a los animales", a las que el sujeto debe responder "verdadero o falso.(27)

En México los estudios de normativización, confiabilidad y validez del MMPI-2 fueron realizados en 1994 por Lucio, E. y Reyes, I. con población universitaria en la UNAM (21).

El inventario contiene 7 escalas de validez, 10 escalas clínicas, 15 escalas de contenido, y 12 escalas suplementarias. La escala L evalúa mentiras y sus puntuaciones pueden ser: bajo, medio, moderado, alto y muy alto de las cuales solo medio, moderado y alto dan validez a la prueba. La escala F evalúa infrecuencia con niveles de puntuación T, bajo, medio, moderado, alto y muy alto; dando invalidez a la prueba las puntuaciones en nivel muy alto. La escala K evalúa corrección que es más bien una actitud ante la prueba y también cuenta con puntuaciones T bajo, medio, moderado y alto; siendo cuestionable las puntuaciones bajas y altas. Y sin embargo la interpretación de las 3 no es en forma separada por el contrario se realiza de manera integrada.

Para nuestro estudio utilizamos las siguientes escalas clínicas:

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis) Refleja preocupaciones somáticas e inquietudes sobre el funcionamiento corporal. Consta 32 reactivos. Escala 2 (D: depresión) Tiende a reflejar la depresión como un trastorno del ánimo y consta de 57 reactivos. Escala 3 (Hi: Histeria conversiva) Implica la identificación de los síntomas histriónicos clásicos incluidos síntomas asociados a la indiferencia, negación, represión e inhibición sin medir actitudes melodramáticas, consta de 60 reactivos. Escala 4 (Dp: Desviación Psicopática) Se desarrolló para valorar los aspectos amorales y asociales de la psicopatología, más que los criminales o antisociales. Esta escala proporciona una buena información sobre la calidad de las relaciones interpersonales.

Para este estudio utilizamos perfiles de calificación de las escalas basadas en la norma Mexicana.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de 1º, 2º y 3er año, que acepten participar.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Residentes con menos de 6 meses de aplicación del MMPI-2.

ANALISIS DE RESULTADOS :

Se logra obtener la participación de 43 residentes, que se dividen en 12 Residentes de 1er grado (63.15%) de 19 en total que cursan tal año, con una media de edad de 26.917 años. 16 residentes de 2º grado (59%) de 27, con una media de edad de 28.188 años. Y 15 residentes de 3er año de 27 (55.5%) con media de edad de 28.400 años. Oscilando cada grupo en rango de edad como sigue: 24 a 35 años para R1, 26 a 34 años para R2 y 26 a 31 años para R3.

En el análisis general de los datos demográficos, 51.2% son de genero masculino y 48.8% del genero femenino. Significando ser un grupo homogéneo, en cuanto a la distribución genérica.

En cuanto al estado civil, 39.5% es casado, de los cuales solo uno no habita con su esposo(a) o sea (2.30%). 53.5% de quienes contestaron la encuesta son solteros. Y de ellos, 7 % vive en unión libre, además de tener hijos en dicha relación, que le da un carácter formal. Dentro de las características para una mejor adaptación, se encuentra el tener una relación estable y sin conflicto que brinde apoyo emocional durante el entrenamiento. Y sin embargo, en el cruce de información, encontramos que califican con puntuaciones T de nivel moderado que en Hipocondriasis e histeria conversiva (sujetos que pueden ser quejumbrosos, irritables, llorar fácilmente o ser inmaduros, centrados en si mismos, superficiales y tendientes a manipular a los demás), además de presentar algún problema académico, el grupo de unión libre.

En cuanto al contar con pareja actual, encontramos que el 88.4% de los residentes tienen al momento de la aplicación pareja, siendo el mas alto índice en residentes de 2º año con 93.8% contra 83.3% y 86.7% de R1 y R3 respectivamente. Donde el 50% mantiene tal relación desde 2 años y mas, del 25% al 30% tienen menos de un año. Siendo interpretable que tal inicio de relación ocurre dentro de proceso de entrenamiento.

A la pregunta si había algún conflicto en la relación llama la atención que solo los grupos R1 y R3 presentan conflicto en sus relaciones de pareja. Con una incidencia de 16.7% para R1 y 20% para R3; además de que 16.7% y 13.3% omitieron responder al cuestionamiento. No así en el grupo R2, donde el 100% vive sin conflicto su relación de pareja.

En relación a con quien habitan, se encontró que el 33.4%, 25% y 20%, respectivamente en R1, R2 y R3 habitan con sus padres. Que 25%, 43% y 40% también respectivamente habita con su esposa y un 11.6% vive solo. Sin gran importancia en comparación con otras escalas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Residentes con menos de 6 meses de aplicación del MMPI-2.

ANALISIS DE RESULTADOS :

Se logra obtener la participación de 43 residentes, que se dividen en 12 Residentes de 1er grado (63.15%) de 19 en total que cursan tal año, con una media de edad de 26.917 años. 16 residentes de 2º grado (59%) de 27, con una media de edad de 28.188 años. Y 15 residentes de 3er año de 27 (55.5%) con media de edad de 28.400 años. Oscilando cada grupo en rango de edad como sigue: 24 a 35 años para R1, 26 a 34 años para R2 y 26 a 31 años para R3.

En el análisis general de los datos demográficos, 51.2% son de genero masculino y 48.8% del genero femenino. Significando ser un grupo homogéneo, en cuanto a la distribución genérica.

En cuanto al estado civil, 39.5% es casado, de los cuales solo uno no habita con su esposo(a) o sea (2.30%). 53.5% de quienes contestaron la encuesta son solteros. Y de ellos, 7 % vive en unión libre, además de tener hijos en dicha relación, que le da un carácter formal. Dentro de las características para una mejor adaptación, se encuentra el tener una relación estable y sin conflicto que brinde apoyo emocional durante el entrenamiento. Y sin embargo, en el cruce de información, encontramos que califican con puntuaciones T de nivel moderado que en Hipocondriasis e histeria conversiva (sujetos que pueden ser quejumbrosos, irritables, llorar fácilmente o ser inmaduros, centrados en si mismos, superficiales y tendientes a manipular a los demás), además de presentar algún problema académico, el grupo de unión libre.

En cuanto al contar con pareja actual, encontramos que el 88.4% de los residentes tienen al momento de la aplicación pareja, siendo el mas alto índice en residentes de 2º año con 93.8% contra 83.3% y 86.7% de R1 y R3 respectivamente. Donde el 50% mantiene tal relación desde 2 años y mas, del 25% al 30% tienen menos de un año. Siendo interpretable que tal inicio de relación ocurre dentro de proceso de entrenamiento.

A la pregunta si había algún conflicto en la relación llama la atención que solo los grupos R1 y R3 presentan conflicto en sus relaciones de pareja. Con una incidencia de 16.7% para R1 y 20% para R3; además de que 16.7% y 13.3% omitieron responder al cuestionamiento. No así en el grupo R2, donde el 100% vive sin conflicto su relación de pareja.

En relación a con quien habitan, se encontró que el 33.4%, 25% y 20%, respectivamente en R1, R2 y R3 habitan con sus padres. Que 25%, 43% y 40% también respectivamente habita con su esposa y un 11.6% vive solo. Sin gran importancia en comparación con otras escalas.

Económicamente también se investiga, en base a variables que pueden afectar la adaptación durante el entrenamiento. Se tiene que 9.3% de los residentes tiene problemas económicos. Siendo la distribución de la siguiente manera: 8.3% para R1, 6.3% para R2 y 13.3% para R3. Situación que, aunada a las anteriores, se han identificado como predisponentes a una mala adaptación al entrenamiento.

A pregunta abierta de cómo vivían el entrenamiento en psiquiatría 14% (6) del total de la muestra, menciona no sentirse bien, esto es, presionados. Correspondiendo de la siguiente manera: 16.7% para R1, 12.5% para R2 y 13.3% para R3.

Sin embargo, uno de ellos que corresponde a 16.6% (del grupo de R2) acepta no vivir estrés dentro del hospital, y sin embargo vivirlo más fuera de él y con superiores. No así el resto de este porcentaje. Lo que significa que aunque su percepción es vivida como presionado, no lo concibe como estresante.

Aunado a esto, en un cruce de información. Solo el 50% de quienes refieren vivir presión en el entrenamiento psiquiátrico, acepta tener problemas académicos contrastado con 29.7% que acepta tener problemas académicos del resto de la muestra y quienes no viven presión durante el entrenamiento. Lo que nos dice, que la percepción de presión por parte del residente pudiera incrementar la presencia de problemas académicos, o que tal vez quien presente problemas académicos, pudiera significar su vivencia de presión durante el entrenamiento.

Se pregunta también, el lugar donde, de acuerdo a su apreciación vivían más estrés, si en el hospital o fuera de él. Donde 65.1% vive más estrés en el hospital, en contraparte con 27.9% viven más estrés fuera de él. 7% de la muestra no contesta la pregunta. Distribuidos por grado tenemos que 75% (9) de residentes de 1er grado viven más estrés dentro del hospital. 62.5% (10) de R2 y 60.0% (9) de R3. Siendo considerablemente más alto la percepción de estrés dentro del hospital para residentes de primer año que para otros.

De quienes viven más estrés dentro del hospital encontramos que 65.1% refiere percibir más estrés en la relación con los superiores que con el paciente, al contrario 25.6% vive más estrés con el paciente. Solo 2.3% de la muestra acepta vivir más estrés con ambos. (esto es 1 residente). 7% de la muestra no responde al cuestionamiento.

En relación a la percepción de estrés los días de guardia y días sin guardias, se identifica que la mayoría percibe más estrés durante los primeros, correspondiendo a los siguientes porcentajes: 83.3% R1, 81.3% R2 y 86.7% R3.

Haciendo un análisis a las escalas de validez del instrumento aplicado que nos proporciona información acerca de lo confiable de las respuestas y la actitud hacia la aplicación en la población estudiada tenemos que la totalidad de residentes mantienen una actitud abierta, franca y veraz hacia las preguntas del instrumento, dando un alto rango de confiabilidad a los resultados.

En la escala de Histrionismo (Hs) se encuentra media de 49 en puntuación T. Teniendo que es un nivel medio que manifiesta un escaso o ningún interés por el cuerpo o salud. 18.6% (8) obtienen calificación por arriba de 56, en el rango de 56-65 lo que da una interpretación de moderado. Y traduce que puede presentar desordenes orgánicos específicos, siendo un sujeto quejumbroso,

irritable, lábil al llanto e inmaduro. Además de excesivo interés por dietas, su físico, peso y función corporal.

En un análisis estratificado de la información de la escala Hs y los datos demográficos encontramos que 66.6% de los R1, un R2 y 75% de R3 con calificación T moderado (8 residentes), viven mas estrés dentro del hospital; aunque, los 8 viven mayor estrés los días de guardia. 3 de ellos aceptan sentirse presionados en el entrenamiento en psiquiatría. 50% los residentes con puntuación moderada, en esta escala, refieren problemas académicos, lo que significa una importante relación entre tal nivel de calificación T y el desempeño como residente durante el entrenamiento. 62.5% de quienes califican moderado a Hs, perciben mas estrés con superiores que con los pacientes. 3 de estos residentes son masculinos. En la distribución de resultados por grado de residencia tenemos que 25% de R1 califica moderado para esta prueba. 6.25% en los R2 y 26.6% para R3. Siendo considerablemente mas alta la puntuación T para R1 y R3 que significa mas alta presencia de hipocondriasis en ellos.

Encontramos que en la escala de Depresión, de los 43 residentes encuestados, se obtiene una media de 50, en la puntuación T, que se encuentra en el rango medio de 41 a 55 y traduce estabilidad y equilibrio, además de personas realistas. Ellos fueron el 64.4% de los residentes (dentro de este rango de puntuación contabilizaron 28 residentes). 8 mas (23.3%) califican en nivel moderado de puntuación T, significando personas angustiadas, además de sentimientos de minusvalía y desdicha.. Solo uno (2.3%), califica con 79 en tal puntuación, de nivel alto, que significa abrumado por problemas, desesperación y probablemente preocupación por muerte. En general, se detecta un alto índice de sentimientos de tristeza (23.3%) correlacionados a preocupación.

Cruzando la información encontramos que 33.3% de residentes de 1er año de la muestra califica en nivel moderado a depresión. Siendo al 50% la distribución genérica. De ellos, solo uno califica en nivel para Histrionismo y 2 para la escala de histeria conversiva. Solo uno acepta tener algún tipo de problemas económicos, mismo que percibe mayor estrés fuera del hospital y presenta algún tipo de problema académico. De quienes marcan moderado en Depresión, 50% vive mas estrés en el hospital, de ellos, el 100% tiene algún tipo de problema académico. 25% reconoce mas estrés en días sin guardia y refiere vivir mas estrés con superiores.

En lo que respecta a R2, 2 de ellos califican alto y muy alto a depresión respectivamente. Siendo masculino el de rango mas elevado. Se encuentra que quien presenta calificación muy alta también presenta calificación alta a Histeria conversiva lo que significa utilización de negación y disociación, además de síntomas y quejas funcionales específicas, ingenuidad y poca capacidad de insight. Dichas características aunadas a las propias de la escala de depresión. Y correlacionado a los datos demográficos, aunque ambos viven mas estrés fuera del hospital, solo quien tiene mas alta calificación en depresión menciona tener problemas económicos, vivir presionado el entrenamiento psiquiátrico, experimentar mas estrés en días de no guardia, además de que tal estrés es percibido con superiores y acepta tener problema académico.

En el grupo de R3, 20% califica en nivel moderado de depresión. De ellos el 66.6% presenta puntuaciones altas para la escala de histeria conversiva (cuyo

significado se menciona antes) y de estos solo 33.3% refiere vivir el entrenamiento como presionado, quien además acepta tener algún problema de tipo académico. Dos mas, 13.33% califican para el nivel alto y muy alto, respectivamente, siendo ambos femeninos. Conjuntamente se relacionan con niveles moderado y muy alto en las escalas de histeria conversiva e hipochondriasis. El encuestado con nivel muy alto acepta tener problemas económicos y vivir mas estrés fuera del hospital, percibiéndose en buen sentir dentro del entrenamiento, correlacionado con nulos problemas académicos. Quien marca para nivel alto refiere sentirse presionado en el entrenamiento, pero sin embargo la percepción de estrés en hospital, guardias y paciente, fue comparable al de la mayoría. Niega tener problemas académicos.

En la escala de Desarrollo de psicopatología encontramos que 16.66% de quienes contestan el MMPI-2, obtienen puntuación T a nivel moderado, que significa individuo convencional, rígido, con poca confianza en si mismo y pasividad, además de ser moralista con capacidad de critica y control de impulsos exagerado. De ellos, al 50% la distribución genérica. Solo hay un dato que llama la atención y es la presencia en uno de ellos de problemas académicos, siendo la relación con las demás variables sin datos que llamen la atención. 25% de los R1, se encuentra en nivel de calificación de moderado. Que se interpreta como personas impulsivas y aventureras, hedonistas, resentido, poco confiable e impaciente; aunque pueden ser sociables confiados en si mismos, de opinión abierta, imaginativa y creativa. El 66.6% son mujeres. 33.3% acepta tener conflicto en su pareja. Uno mas refiere vivir el entrenamiento como presionado, donde también es parte del 66.6% que viven mas estrés con superiores. Dos R1, califican en el nivel alto dentro de esta prueba (16.6%), donde llama la atención que el 50% de ellos, tiene conflicto con su pareja, vive presionado en el entrenamiento psiquiátrico percibiendo mas estrés con superiores y acepta tener problemas académicos.

De los R2, solo uno califica a nivel bajo la puntuación T, sin presentar relación anormal en el cruce de sus variables, y solo mencionamos que es femenino, sintiendo bien el entrenamiento, percibiendo mas estrés con sus superiores, sin problemas académicos. 25 % de los residentes, califican en nivel moderado (significado antes mencionado) con distribución genérica al 50%. El 100% de los 4 residentes vive mas estrés con sus superiores que con el paciente, y uno de ellos, refiere no sentirse bien en el entrenamiento psiquiátrico.

En la calificación de R3, resulta que 2 (13.3%) califican para el nivel moderado, relacionándose solamente con que 50% presenta problemas de tipo académico. Otro residente mas presenta nivel muy alto en la calificación T, que significa persona con escasa capacidad de juicio, inestable afectivo e irresponsable, inmadurez y centrado en si mismo, se pueden presentar conductas antisociales, siendo individuo agresivo o explotador. Tal persona, identifica mayor estrés con superiores que con los pacientes, además de vivir relación de conflicto con su pareja. Y sin embargo, el no refiere presentar problemas de tipo académico.

Ver tablas anexas, para mejor perspectiva.

DISCUSION :

Aun que claramente encontramos relacionados entre si a residentes con calificaciones altas en las escalas clínicas del MMPI-2 y ciertas variables sociodemograficas como son el estado civil y pareja estable con histrionicidad e histeria conversiva; vivencia de estrés dentro del hospital con percepción de entrenamiento presionado y calificaciones altas a las escalas de depresión no quiere decir necesariamente que quienes tengan estas variables presentaran niveles altos de depresión o de otras escalas. Así como tampoco que las calificaciones se presente a niveles altos en las escalas siempre y cuando las variables antes mencionadas estén presentes. Sin embargo esto nos lleva a la reflexión en este sentido, que presentara con mas probabilidad dificultad para la adaptación al entrenamiento quienes presente las inconveniencias sociodemograficas que señalamos. O en forma mas concreta, quienes al entrar al entrenamiento psiquiátrico y presenten estas variables es muy probable que experimenten en un momento dado síntomas depresivos, hipocondriasicos, o de histeria conversiva; situación que podría ser a la inversa, aspirantes a residencia en psiquiatría con rasgos depresivos, de histeria conversiva e hipocondriasis presentaran con mayor facilidad vivencia de estrés en el hospital, entrenamiento presionado y tal vez problemas académicos

La correlaciones mas claras con respecto a las calificaciones en las escalas las observamos entre depresión e hipocondriasis y un poco menos relación entre depresión e histeria conversiva. Y de los grupos mas vulnerables a ellas, encontramos en primer lugar a los residentes de 1er año. Y en 2º lugar a los residentes del 3er año. Por debajo de ambos encontramos al grupo de 2º año. Significativamente concordando con el nivel de estrés vivido en el hospital y de tal, siendo muy predominante en el estrés vivido con los superiores. Es muy posible que tal relación tenga que ver con el nivel de trabajo desempeñado por ambos o el nivel de responsabilidad de las actividades que cada grupo realiza. Es esperado que la vivencia por parte de cualquiera de los grupos ante el entrenamiento sea diferente. De tal manera que quienes son de reciente ingreso, dado el periodo de adaptación a nuevas actividades, toma de decisiones, tareas o actividades a realizar y sobre todo el primer contacto con el enfermo mental son fuente de enorme carga de estrés. En el grupo de tercer año los estresores identificables son una mayor responsabilidad ante los servicios de los que se encarga, toma de decisión, situaciones académicas como trabajos de investigación que debe reportar y la cercanía hacia el terminar el entrenamiento, que se ha puesto en clara asociación en otros estudios a niveles altos de depresión y ansiedad. Lo anterior queda demostrado en nuestro estudio, que el grupo de 1er año y tercero presentan mas alta calificación en las escalas de depresión, hipocondriasis e histeria conversiva, siendo mas altas las calificaciones en primer año. En cambio el residente de segundo año, vive un punto medio entre la adaptación inicial y los estresores finales del 3er año.

Si bien la asociación entre quienes viven conflicto en pareja y tiene problemas económicos presenta mayor calificación en las escalas, no sucede tal

relación entre estos y los problemas académicos. Entendiendo entonces que aunque es posible que presente calificaciones altas a las escalas, no es propiamente una condicionante al mal rendimiento académico del residente.

De quienes aceptan vivir presión durante el entrenamiento psiquiátrico, la mitad acepta además presentar algún tipo de problema académico, situación que resulta muy interesante a la discusión, dado que si bien es posible que quien viva presión al entrenamiento sea un factor para las problemáticas académica, también es posible que quienes presenten estas sea solo una señal de que su entrenamiento lo esta viviendo presionado, y no propiamente una condicionante. Sin embargo quienes refieren tener algún problema académico, presentan además alto porcentaje de calificaciones altas de la escala de depresión. Situación que por si misma traduce que quienes presenten problemas académicos pueden obtener calificaciones altas en las escalas de depresión, y que quienes presente altas calificaciones a la escala de depresión puedan presentar con mayor frecuencia problemáticas académicas. De tal manera que para fines del entrenamiento psiquiátrico significa un dato de alarma la presencia de problemática académica, dado que puede ser secundario a afectación afectiva, como depresión. Mas aun si confluyen otras variables como problemas de pareja, económicos vivir solo y no tener relación estable.

Se identifican variables sociodemograficas en evidente relación con calificación altas a depresión, histeria conversiva e hipocondriasis que pueden significar como coadyuvantes a tales calificaciones teniendo asociación de causalidad entre ellas. Mas sin embargo tal situación no es determinante, dado que no se tiene el test-retest que nos daría una visión mejor.

CONCLUSIONES :

Se comprueba la clara relación entre las calificaciones altas en las escalas utilizadas que puede traducir mayor vivencia de estrés y con ello probabilidad de trastorno afectivo en residentes de primero y tercer año del entrenamiento en psiquiatría. Situación que no quiere decir necesariamente que se tenga criterios para el diagnostico de tales trastornos, sino que muestran los rasgos de personalidad que en determinado momento pueden ser de mayor utilización por el residente.

La incidencia de calificaciones altas para las escalas es menor en residentes de segundo año, tal vez relacionado con las actividades que demandan responsabilidad que son menores en este grupo o a que la adaptación llega a un momento de estabilidad durante este año, después del año de ingreso y antes del año de salida.

Es frecuente que ciertas variables sociodemograficas como son la problemática económica, de relación sentimental, la lejanía del núcleo familiar, el vivir solo, se correlacione con altas calificaciones en hipocondriasis, depresión e

relación entre estos y los problemas académicos. Entendiendo entonces que aunque es posible que presente calificaciones altas a las escalas, no es propiamente una condicionante al mal rendimiento académico del residente.

De quienes aceptan vivir presión durante el entrenamiento psiquiátrico, la mitad acepta además presentar algún tipo de problema académico, situación que resulta muy interesante a la discusión, dado que si bien es posible que quien viva presión al entrenamiento sea un factor para las problemáticas académica, también es posible que quienes presenten estas sea solo una señal de que su entrenamiento lo esta viviendo presionado, y no propiamente una condicionante. Sin embargo quienes refieren tener algún problema académico, presentan además alto porcentaje de calificaciones altas de la escala de depresión. Situación que por si misma traduce que quienes presenten problemas académicos pueden obtener calificaciones altas en las escalas de depresión, y que quienes presente altas calificaciones a la escala de depresión puedan presentar con mayor frecuencia problemáticas académicas. De tal manera que para fines del entrenamiento psiquiátrico significa un dato de alarma la presencia de problemática académica, dado que puede ser secundario a afectación afectiva, como depresión. Mas aun si confluyen otras variables como problemas de pareja, económicos vivir solo y no tener relación estable.

Se identifican variables sociodemograficas en evidente relación con calificación altas a depresión, histeria conversiva e hipocondriasis que pueden significar como coadyuvantes a tales calificaciones teniendo asociación de causalidad entre ellas. Mas sin embargo tal situación no es determinante, dado que no se tiene el test-retest que nos daría una visión mejor.

CONCLUSIONES :

Se comprueba la clara relación entre las calificaciones altas en las escalas utilizadas que puede traducir mayor vivencia de estrés y con ello probabilidad de trastorno afectivo en residentes de primero y tercer año del entrenamiento en psiquiatría. Situación que no quiere decir necesariamente que se tenga criterios para el diagnostico de tales trastornos, sino que muestran los rasgos de personalidad que en determinado momento pueden ser de mayor utilización por el residente.

La incidencia de calificaciones altas para las escalas es menor en residentes de segundo año, tal vez relacionado con las actividades que demandan responsabilidad que son menores en este grupo o a que la adaptación llega a un momento de estabilidad durante este año, después del año de ingreso y antes del año de salida.

Es frecuente que ciertas variables sociodemograficas como son la problemática económica, de relación sentimental, la lejanía del núcleo familiar, el vivir solo, se correlacione con altas calificaciones en hipocondriasis, depresión e

histeria conversiva, lo que nos lleva a pensar que pudieran tratarse de variables que pueden condicionar una mayor vivencia de estrés y con ello dificultar la adaptación al entrenamiento.

La menor incidencia, e incluso nula en casos de calificaciones altas en las escalas en relación con las variables siguientes: estado civil casado, hijos, vivir con el núcleo familiar, no tener problemas económicos y vivir estabilidad en la relación de pareja, nos lleva a pensar que pueden ser variables de protección a la posibilidad de alteración afectiva durante el entrenamiento en psiquiatría y con ello predisponer a una mejor adaptación a la misma.

Sin embargo queda la duda si al ingresar al entrenamiento se tienen las mismas calificaciones que las encontradas en las escalas aplicadas y si las variables que se identifican como no predisponentes a la mejor adaptación se encuentran desde el inicio al periodo de residencia.

Una relación clara se encuentra en la percepción por el residente de presión durante el entrenamiento y la obtención de problemática académica ya que la mitad del primer grupo presenta problemas de este tipo y sin embargo la gran mayoría de quienes tienen este tipo de problemas presentan además calificaciones altas para depresión. Situación de importancia a los programas de entrenamiento en psiquiatría.

Aun que la vivencia de estrés dentro del hospital, esta muy relacionada con la vivencia de estrés en las guardias y con superiores, no parece haber gran asociación entre estas percepciones y las calificaciones altas en las escalas clínicas, ya que, si bien presentan relativa calificación en hipocondriasis e histeria conversiva, no es así para depresión.

Por ultimo, este es un estudio que es necesario comparar y cuestionar con la posibilidad de test-retest a fin de obtener visión clara del trayecto por la Residencia Medica en Psiquiatría.

BIBLIOGRAFIA :

1. Cetina E.C., *Estudio comparativo de los niveles de depresión en residentes de tres especialidades medicas*. Tesis Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y salud mental. UNAM (1992).
1. Wright J.G. , Feinstein A.R *A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing index and rating scales*. J. Clin Epidemiol. 45:1201,1218; 1992.
2. Waring E.M. *Emotional illness in Psuchiatric Trainees*. Brit. J. Psychiat, (1974), 125,10-11.
3. Halleck, S.L. & Woods,S.M. (1962) *Emotional problems of psychiatric residents*. Psychiatry, 25, 339-46.
4. Ekstein ,R. & Wallerstein,R.S. (1958) *The teaching and learning of psychitherapy*. Imago.
5. Vaillant, g.e. (1972) *Some psychological vulnerabilities of physicians*. New Eng.J. Med.,287, 372.
6. Garfinkel and Waring, *Personality, intersts, and emotional disturbance in psychiatric residents*. Am.J.Psychiatry 138:1, January 1981.
7. Merklin, L. Jr. Little RB: *Beginning psychiatry training syndrome*. Am J Psychiatry 124:193-197, 1967.
8. Halleck s. Woods S: *Emotional problems of psychiatric residents*. Psychiatry 25:339-346, 1962.
9. Holt R, Luborsky L: *Personality Patterns of Psychiatrists*. New York, Basic Books, 1958.
10. Ungerleider JT: *That most difficult year*. Am J Psychiatry 122:542-545, 1965.
11. Pasnau RO, Bayley SJ: *Personality changes in the first year of psychiatric residency training*. Am J Psychiatry 128:79-83, 1971.
12. Blachly PH, Disher W, Roduner G: *Suicide by Physicians*. Bull Suicidology, Dec 1968, pp 1-18.
13. Craig AG, Pitts FN: *Suicide by physicians*. Dis Nerv Syst 29:763-772, 1968.
14. Russell AT, Pasnau RO, Taintor ZC: *Emotional problems of residents in psychiatry*. Am J Psychiatry 132: 263-267, 1975.
15. Pitts FN Jr, Winokur G, Steward MA: *Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and response to stress in medical students*. Am J Psychiatry 188:333-340, 1961.
16. Pasnau RO, Russell AT. *Psychiatric resident Suicide: An Analysis of Five Cases*. Am J Psychiatry 132:4, April 1975.
17. McKinley, J.C., & Hathaway, S.R. (1940). *A muliphasic personality Schedule (Minnesota) II. A diferencial study of hypochondriasis*. Journal of Psychology, 10, 255-268.
18. Lucio, E., Reyes, I. & Duran, C. (1993). *Análisis factorial de las escalas Básicas del MMPI-2 español en México*. Presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile.

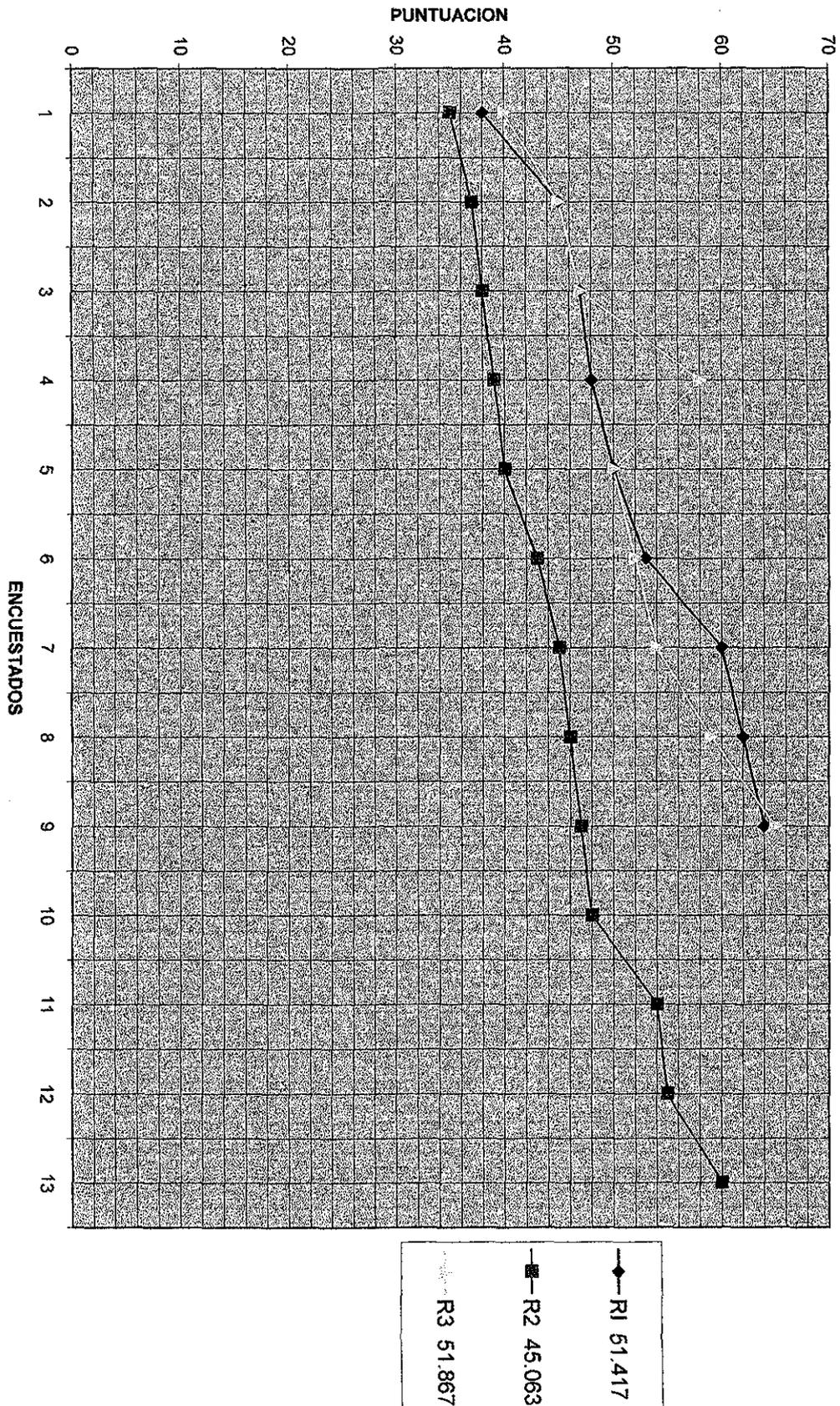
19. Hathaway & Mckinley (1994) *Manual de aplicación y calificación del Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2*. Edit. Manual Moderno.
20. Lucio, E. Reyes I. (1994) *La Nueva Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos*. *Revista Mexicana de Psicología* 11 (1) 45-54.
21. Nuñez, R. (1987) : *Pruebas Psicométricas de la Personalidad: Manual Practico del MMPI-2*. México Trillas.
22. Ampudia, A. (1994): "El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de Estudiantes Universitarios". Tesis de Maestría UNAM.
23. Bagby RM, Nicholson RA, Buis T, Bacchiocchi JR, : "¿Pueden detectar las escalas de validez del MMPI-2 la depresión fingida por expertos?" *La Evaluación* 2000 Mar; 7 (1): 55-62.
24. Ampudia, A. & Lucio E. (1994): "Norms and validity of supplementary scales of MMPI-2 in Mexican University Students UNAM". Presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología Aplicada. Madrid, España.
25. Apiquian, R., Fresán A., Nicolini, H.(2000) "Evaluación de la psicopatología. Escalas en Español" JGH Editores. México.
26. Kaplan, H & Sadock, B. "Sinopsis de psiquiatría". *Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica*. 8ª edición.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

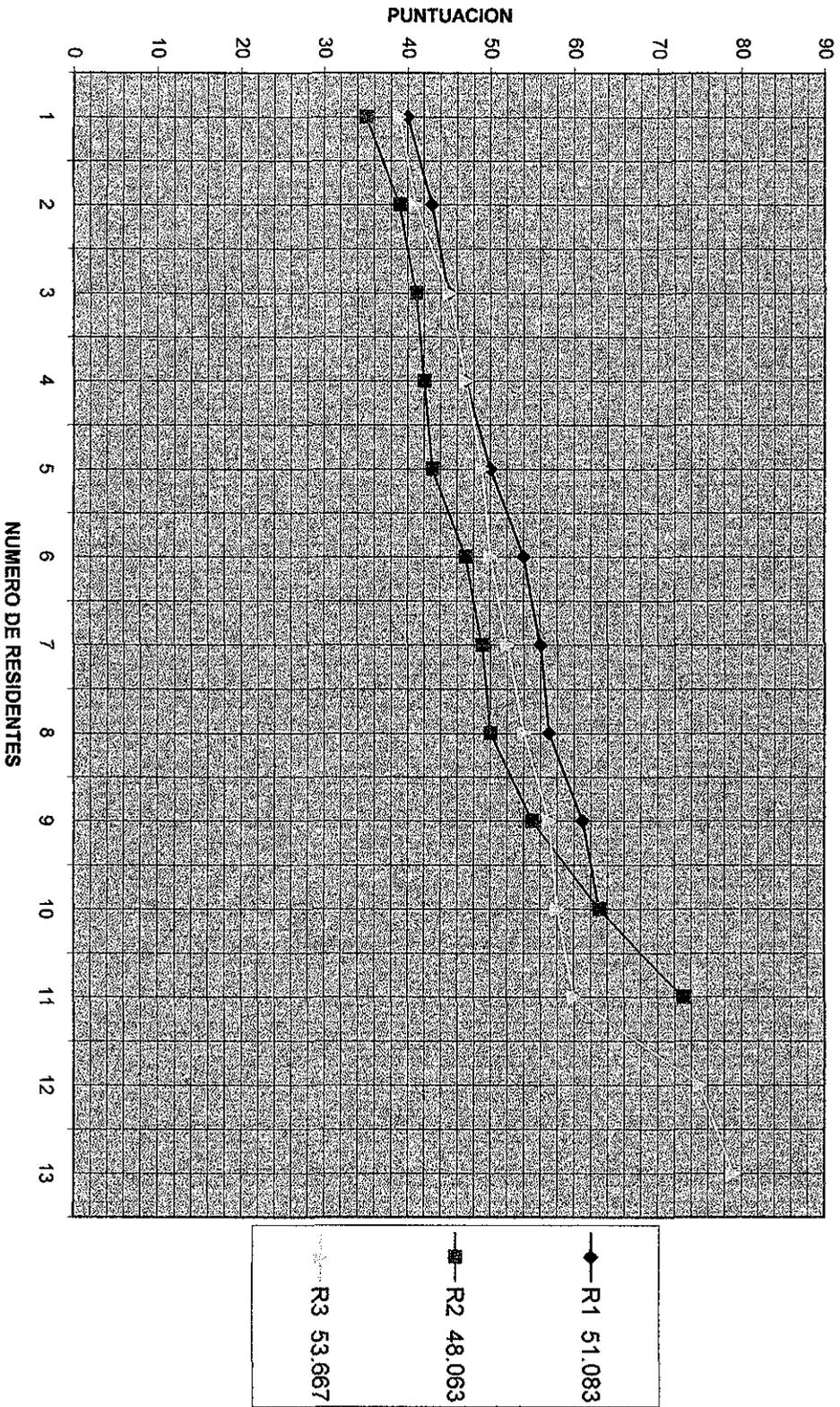
ESCALA	GRADOS					
	I		II		III	
	MEDIAS	FRECUENCIA	MEDIAS	FRECUENCIA	MEDIAS	FRECUENCIA
HIPOCONDRIASIS	51.417	16.7%(2)	45.063	12.5%(2)	51.867	6.7%(1)
DEPRESION	51.083	8.3%(1)	48.063	18.8%(3)	53.667	6.7%(1)
HISTERIA CONVERSIVA	53.583	8.3%(1)	48.750	12.5%(2)	55.333	6.7%(1)
DESARROLLO DE PSICOPATOLOGIA	52.083	16.7%(2)	50.938	18.8%(3)	51.800	20.0%(3)

TABLA DE MEDIAS DE LAS ESCALAS CLINICAS DEL MMPI-2, POR GRUPOS.

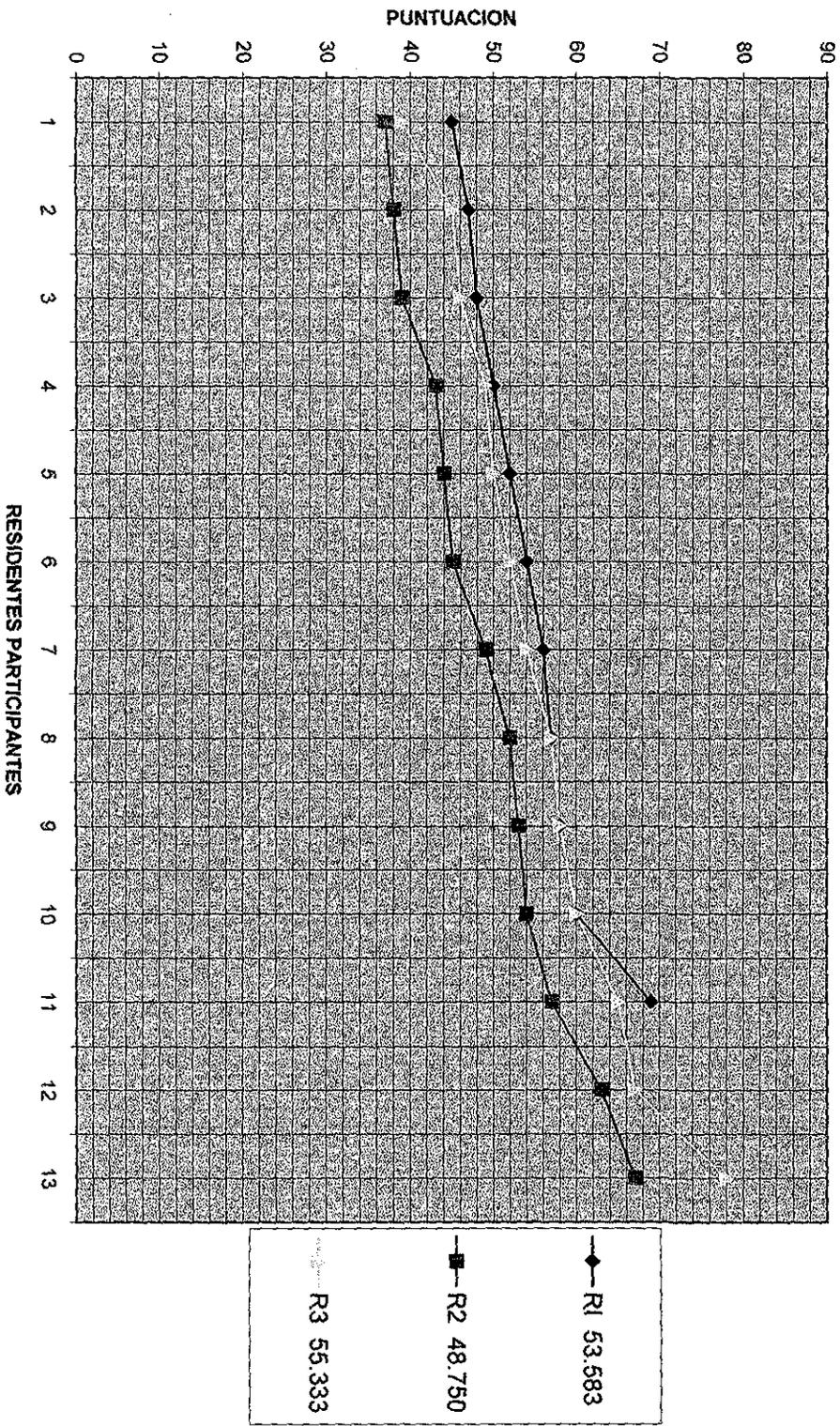
GRAFICA DE HIPOCONDRIASIS



GRAFICA DE DEPRESION



GRAFICA DE HISTERIA CONVERSIVA



GRAFICA DE DESARROLLO DE PSICOPATOLOGIA

