

128
2es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**CARACTERIZACION PSICOLOGICA DEL MEDICO
ASPIRANTE A UNA SUBESPECIALIDAD PEDIATRICA
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.**

T E S I S

QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ALEJANDRA HERNANDEZ ROQUE

DIRECTOR: DR. FRANCISCO A. MORALES CARMONA

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

263451



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**SER ORIGINAL NO ES SER DISTINTO,
SINO AUTENTICO.**

A MIS PADRES:

MARIA ELENA Y EDUARDO

Por todo su apoyo, comprensión y cariño que desde niña he recibido.

A MIS HERMANAS:

LIZ Y ADIS

Por todo lo que hemos vivido, compartido y por estar siempre unidas.

A MI TIA:

REYNA

Por su cariño e interes que siempre me ha demostrado.

AGRADEZCO AL:

DR. FRANCISCO A. MORALES CARMONA

Por su apoyo, confianza e interes para la realización de esta tesis.

Departamento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por permitirme realizar este trabajo, así como a todo el personal del Servicio de Psicología por su apoyo en la recuperación y calificación de pruebas psicológicas y al personal del Servicio de Adolescentes (Dra. Ofelia Mendoza, Lulú, Lupita e Inés) por su apoyo, amistad e interes para la realización de esta tesis.

Y especialmente a quienes han sido maestras, amigas y compañeras:

Psic. Mercedes Luque Coqui por su apoyo, confianza y supervisión de este trabajo;

Psic. Rosa Ma. Chartt León y Ps. Gabriela Tercero Q., por su apoyo, interes, cariño y amistad que me han brindado.

Proyecto para Optimizar la Profesionalización del Psicólogo Clínico (Facultad de Psicología, U.N.A.M.) el cual me dio la oportunidad de iniciarme como profesional y a su vez me permitió conocer la parte práctica de mi carrera.

RESUMEN

El estudio de la personalidad es uno de los campos de la psicología. La psicología de la personalidad se centra en el estudio del individuo como totalidad, sus semejanzas y diferencias con otros individuos.

Se ha desarrollado un complejo modelo de la personalidad al que se denomina Teoría de los Rasgos, donde el rasgo es una dimensión constante y específica de características de la personalidad que diferencian a las personas; afirmando que todos los individuos poseen rasgos determinados y que estos son variables y que se les puede cuantificar.

Los procedimientos de evaluación utilizadas como las técnicas psicométricas, se basan en la medición de características psicológicas y su tratamiento estadístico, indicando la posición de ese sujeto comparado con un grupo en un determinado rasgo.

En las investigaciones que se han realizado con la población de médicos, existen escasos reportes sobre las características que integran la personalidad de los diferentes especialistas. El objetivo de esta investigación es conocer las características psicológicas del médico pediatra aspirante a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"; a través de la aplicación de cuatro instrumentos psicológicos: Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), Cuestionario General de Salud (C.G.S.), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (M.M.P.I.).

Los resultados demuestran que existen características psicológicas comunes en los médicos pediatras en su nivel de depresión, estado emocional, nivel de ansiedad y rasgos de personalidad. A su vez no existen diferencias significativas en las características de personalidad de hombres y mujeres. El 86.2% de la población reporta la ausencia de elementos psicopatológicos. Se observa que los instrumentos autodescriptivos, son susceptibles de que el individuo conteste la respuesta que es más deseable o aceptable socialmente para crear una impresión favorable.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	2
Psicología de la Personalidad	3
Definición de Personalidad	4
Etapas de la Psicología de la Personalidad	4
Importancia del Estudio de la Personalidad	6
Teorías de la Personalidad	7
Teorías Disposicionales	7
Valoración y Crítica a la Teoría Disposicional	14
Evaluación de la Personalidad	15
Finalidad de las Técnicas Psicométricas	17
Limitaciones de las Técnicas Psicométricas	19
CAPITULO II	20
El Campo de la Pediatría	21
Subespecialidades pediátricas	23
Elección de la subespecialidad	25
Personalidad y selección de los médicos	26
CAPITULO III	32
Metodo	33
Planteamiento del Problema	33
Objetivos	33
Hipótesis	33
Variables	34
Diseño	34
Población	35
Instrumentos	36
Procedimiento	44
CAPITULO IV	45
Resultados	46
CAPITULO V	104
Discusión	105
Conclusiones	110
Sugerencias	112
BIBLIOGRAFIA	113
ANEXOS	117

INTRODUCCION

La psicología de la personalidad estudia al individuo como unidad, se interesa por las semejanzas y diferencias que el individuo tiene con otros individuos para entender la forma de actuar, sentir o ser de una persona dando la posibilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo y finalmente el conocer cómo se relacionan los factores que integran la personalidad.

Una de las grandes atracciones de la Medicina es que puede asimilar una gran diversidad de tipos de personalidad entre sus estudiantes a todo nivel. Dentro de las investigaciones que se han hecho con la población de médicos, existen muy pocos reportes acerca de las características que integran la personalidad de los diferentes especialistas debido a que se ha observado que el éxito que un individuo alcanza en su desarrollo y uso de aptitudes influirá sobre su ajuste emocional, sus relaciones interpersonales, el concepto de sí mismo y el conocimiento de estas características daría pauta para una mejor selección de estudiantes a través del uso de técnicas psicométricas.

En México los procesos de selección para los médicos que eligen una especialidad no han sido claramente definidos por la dificultad de establecer objetiva y cuantitativamente los criterios de selección. El médico que desea cursar una subespecialidad tiene que someterse a un examen de conocimientos; no tomando en cuenta los aspectos vocacionales, la motivación y sobre todo se ignoran las características psicológicas que idealmente deberían de tener en forma particular los futuros especialistas, siendo de especial atención esta rama ya ninguna otra especialidad ofrece tan amplias posibilidades, ni mayores responsabilidades como la Pediatría, dada la importancia que posee el pediatra como una de las figuras importantes con la que el individuo tiene una relación estrecha a través de su crecimiento y desarrollo. Ya que se ha observado que algunos de ellos pueden presentar después de haber ingresado a la residencia problemas con figuras de autoridad o compañeros, reportar síntomas depresivos así como estar constantemente agitados o ansiosos, los cuales afectan directamente su rendimiento escolar, laboral y su permanencia en la residencia.

Esta investigación está enfocada hacia el conocimiento de las características psicológicas del médico pediatra aspirante a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", considerando elementos como el nivel de depresión, el estado emocional, nivel de ansiedad y rasgos de personalidad; para contar con un sistema de valoración psicométrico para una adecuada selección de estudiantes desde el punto de vista psicológico.

CAPITULO I

PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD.

La psicología de la personalidad estudia al individuo como totalidad y sus diferencias con otros individuos, aunque todos los sujetos son semejantes en una serie de aspectos, existen diferencias en el modo de percibir o en el de elegir sus intereses. La psicología de la personalidad estudia las características psicológicas que identifican a un individuo o un grupo de individuos, su génesis, estructura y funcionalidad, desde su origen hasta su desaparición (Pelechano, V.; Baguena, Ma. J.; García, L. y De Miguel, A., 1996).

Se opta por la expresión de características, con el objetivo de evitar las polémicas respecto a si los rasgos representan o no las únicas unidades de análisis que debe emplear la psicología de la personalidad. Dentro de estas características se consideran las formulaciones disposicionales (rasgos), cognitivas, esquemas, expectativas o capacidades que se considera son características psicológicas que sirven para identificar a un individuo o grupo de individuos en un período determinado de su vida personal o colectiva, refiriéndose al empleo de normas grupales o de puntuaciones normativas para poder llevar a cabo un estudio científico tratando de aislar las unidades o elementos como determinantes y/o predictores de las acciones de un individuo o un grupo en un período temporal determinado.

En la medida en que se identifique la psicología de la personalidad con la psicología de los grupos, el individuo queda reducido a las conductas, expectativas y capacidades de su grupo de referencia que, a su vez, se compara, para su estudio con otros grupos.

Las diversas teorías pueden compararse por el modo de estructurar los elementos constitutivos de la personalidad. El comportamiento de los sujetos humanos presenta una gran variedad de características específicas de cada individuo. La estructura de la personalidad consta de elementos o unidades: rasgos, tales como agresividad, sociabilidad; que han sido considerados como ejemplos de unidades básicas de la personalidad. Otros han hecho de los tipos los elementos estructurales donde, los tipos son agrupaciones de rasgos, como la introversión o la extroversión y tienen una mayor organización que los rasgos. Pero los rasgos y los tipos no son las únicas unidades básicas de la personalidad. Los motivos, los estilos cognoscitivos, el aprendizaje de modelos o los niveles de conciencia son otros conceptos que han sido considerados como unidades estructurales de la personalidad (Lorenzo, 1987).

La observación de las características de la personalidad requiere de una inferencia ulterior siendo que es más que un catálogo de características aisladas y estáticas, con las cuales el individuo actúa de modo habitual y de forma consistente, lo que hace suponer algún tipo de "organización" de las características individuales.

El estudio de la personalidad puede abordarse desde supuestos y con finalidades distintos, de ahí la gran proliferación de teorías que pretenden explicar la personalidad.

La personalidad al no ser una entidad estática, esta sometida a transformaciones; por lo general los cambios son graduales y requieren de un período más o menos largo de incubación ya que estas transformaciones de la personalidad se realizan dentro de ciertos límites, como los determinados por los factores biológicos, el aprendizaje y otras circunstancias socioculturales, pero a pesar de estos cambios, la persona se experimenta a sí misma como idéntica a lo largo del tiempo.

DEFINICIÓN DE LA PERSONALIDAD

La revisión de la literatura muestra una amplia gama de definiciones que resisten cualquier intento de unificación, poniendo así de manifiesto, la diversidad de objetivos de los psicólogos en el estudio de la personalidad, donde la personalidad puede ser definida desde ópticas diferentes, al definirla, por ejemplo, en términos de conductas biológicas, el psicólogo se centrará en los procesos fisiológicos del individuo y utilizará los procedimientos adecuados de investigación propios del área. Por el contrario, si se define en función de las características o rasgos, los métodos de investigación serán probablemente estadísticos.

Carecemos de una definición universalmente aceptada de personalidad y las múltiples definiciones existentes son útiles en tanto nos informan de aspectos importantes para el funcionamiento psíquico del individuo. Así según Allport la personalidad "es la suma total de patrones conductuales; actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y el medio social, se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), sector afectivo (emocional) y el sector somático (constitución)" (Cueli, 1990).

ETAPAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD.

La evolución y el crecimiento científico del estudio de la personalidad coincide con el de la psicología científica, así el estudio de la personalidad puede dividirse en tres fases:

1. Fase Evolutiva, la cual se centra en los orígenes de la psicología. Es una etapa caracterizada por un conjunto de creencias, reflexiones filosóficas y descripciones literarias que tienen lugar a lo largo de la historia.

En esta fase considerada como literaria o precientífica existen descripciones muy brillantes del comportamiento humano realizadas por Cervantes, Shakespeare o Tolstoi, pero este método "literario" no posee procedimientos objetivos para determinar la verdad o falsedad de tales afirmaciones.

2. Fase Clínica, con una evidente "intención" científica intenta explicar el comportamiento normal según los mecanismos del individuo anormal. Se revelaba así la convicción de que los procesos de las enfermedades psíquicas subyacen al funcionamiento normal, una vez descontada la distorsión producida por la enfermedad y que la psicología antes de convertirse en una ciencia experimental tomó casi todas sus ideas de la patología observadas en la práctica clínica, en el estudio de neuróticos y psicóticos. El estudio sistemático de una gran número de psicóticos muestra que la enfermedad psíquica no es una distorsión cuantitativa de unos mismos procesos sino que al igual que en la enfermedad física se producen mecanismos diferentes para la salud y la enfermedad.

En la etapa clínica no se emplearon las mediciones cuantitativas; Sigmund Freud, Carl Jung y Alfred Adler no utilizaron los métodos cuantitativos. Pero a pesar de su intención la fase clínica se diluye, con frecuencia, en descripciones literarias que aunque denominadas teorías, tenían poco que ver con lo que la ciencia entiende por teorías, porque una teoría científica esta destinada a demostrarse o refutarse, lo que no ocurre con las teorías clínicas de la personalidad ya que no fueron diseñadas para poderlas comprobar experimentalmente.

3. Fase Experimental, se caracteriza por la convergencia en la investigación, descubrimiento de leyes y la convicción primordial es la experimentación científica. Esta fase, a la vez cuantitativa y experimental se fundamenta en las técnicas de laboratorio de la personalidad, cuyos éxitos han sido importantes en campos como el aprendizaje, gracias a los trabajos de Pavlov y a la corriente conductista iniciada por Watson. Los intentos de aplicación masiva del método experimental a la personalidad y a la psicoterapia no han resultado satisfactorios, sobre todo teniendo en cuenta la importancia de las diferencias individuales y el comportamiento funcionalmente unitario del individuo.

Psicólogos como Cattell (1972) defienden que el método experimental debe complementarse en el estudio de la personalidad con las técnicas psicométricas que sirven para mostrar mediante análisis estadísticos, las diferencias personales dentro y fuera del laboratorio, especialmente la conducta en su dimensión social. Esta técnica se interesa fundamentalmente por el hombre en su ambiente natural, pero la cualidad más importante del enfoque estadístico consiste en que se trata de un estudio multivariado al estudiar muchas dimensiones en una misma persona, en lugar de estudiar una variable por separado como el método clásico experimental, pues cuando se estudia al organismo completo, deben incluirse en las observaciones todas las manifestaciones posibles y no sólo un aspecto fragmentario de esta "totalidad" que es la persona.

Las diferencias del método clínico y multivariado residen en que mientras el psicólogo clínico evalúa las observaciones cualitativas, el método psicométrico es de carácter cuantitativo y mide todas las variables existentes. Además, el clínico elabora sus teorías a partir de datos obtenidos sobre procesos patológicos y el psicólogo de orientación psicométrica se basa, sobre todo, en los datos extraídos de la conducta normal.

Los psicólogos utilizan una gran variedad de métodos de investigación para lograr adquirir conocimientos acerca de la conducta y son clasificados como:

1. Método Experimental. En este método el experimentador tiene mayor control de las variables y decide qué es lo que desea estudiar y crea una situación en que los efectos de las variables específicas en que está interesado son aislados de los efectos de otras variables. El investigador puede determinar entonces si los cambios en la variable independiente tienen algún efecto o no sobre una conducta particular, la variable dependiente. El método experimental es considerado el método más preciso de investigación psicológica.
2. Métodos de Escrutinio y de Campo. El método de escrutinio supone la manipulación real de situaciones por el experimentador para determinar las relaciones causales, y en el de campo el investigador usa la selección de sujetos y la medición de situaciones existentes para determinar las correlaciones. Sin embargo no es tan objetiva como la experimental.
3. Método Clínico Psicométrico. Mucho de lo que se conoce sobre la personalidad, motivación y emoción, es el resultado de investigaciones efectuadas con métodos clínicos a través del uso de pruebas psicométricas se trata de comprender la naturaleza de los problemas a los que se enfrenta el individuo y ayudan a la realización de un diagnóstico el cual sugiere cursos de acción apropiados para resolver el problema. Esta técnica es una fuente valiosa de conocimientos sobre la conducta, proporcionando ideas para estudios experimentales más rigurosos (Whittaker, 1989).

La búsqueda de metodología más efectiva y sensible para estudiar la personalidad continúa. En general, la creciente apertura de los teóricos de la personalidad a métodos más efectivos contrasta con la perpetuación de algunos otros psicólogos hacia una perspectiva estrecha de la ciencia.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD.

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, puede explicarse en función de estas razones:

- a. Nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., en determinada manera.
- b. Integra en un sólo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas que podríamos considerar facetas, experimental y didácticamente abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras.
- c. Aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo.
- d. Nos ayuda a conocer cómo se relacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.

Se han hecho algunos intentos por clasificar las diferentes aproximaciones al estudio de la personalidad. Unas clasificaciones difieren entre estructura y dinámica; rasgos y tipo; entre ideográficas y nomotéticas (Cueli, 1990).

Las Teorías Ideográficas buscan regularidades intraindividuales ya que la comparación de los individuos no tiene significación; basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es observable e interpretable en términos de la situación y localización dentro del espacio vital del que percibe o se comporta; subrayando caracteres únicos de cualquier individuo y la personalidad total. Los psicólogos que prefieren este enfoque se adhieren a una de las teorías psicoanalíticas de la personalidad.

Las Teorías Nomotéticas buscan regularidades interindividuales haciendo la búsqueda de dimensiones comunes a todos los hombres, a través del estudio de grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo y observando la regularidad de estas dimensiones tratando de descubrir las leyes generales que explican y gobiernan a éstos. Reconocen el aspecto único de la personalidad y la explican simplemente como "el punto de intersección de un número de variables cuantitativas" (Eysenck, 1952). Generalmente el psicólogo que se adhiere a este enfoque describe la personalidad en términos de rasgos.

Teorías Disposicionales.

En el estudio de la personalidad uno de los métodos más antiguos ha consistido en agrupar a los individuos conforme a sus semejanzas y diferencias. Una tendencia espontánea se manifiesta en clasificar a las demás personas conforme a la raza, al sexo, la profesión, el temperamento, las actitudes, la religión y los valores. Las teorías de los rasgos y/o disposicionales tienen en común la estrategia de clasificar a las personas de acuerdo a ciertas características; dimensiones o disposiciones como la introversión, la impulsividad, el autoritarismo y otras por el estilo (Lorenzo, 1987). Tanto las teorías de los rasgos (Whittaker, 1989) como las de los tipos se consideran teorías disposicionales (Davidoff, 1989).

Las teorías de los rasgos, se concentran en las acciones abiertas de la persona y en sus relaciones y experiencias presentes, esta teoría utiliza un gran número de dimensiones que, en su mayor parte, se supone son comunes a todos usando un grupo de personas como base o norma, para poder decir que un individuo particular tiene mucho de un rasgo, menos de otro, y muy poco de un tercero, en donde la persona es descrita por cuanto tiene de ciertos rasgos comparados con otros. Así la personalidad refleja un comportamiento característico: como un individuo reacciona normalmente en su ambiente al evaluar la personalidad, no nos interesa la mejor conducta, lo que se quiere averiguar es la conducta típica del sujeto, es decir, cómo suele comportarse en situaciones ordinarias.

Un rasgo puede describirse como "una dimensión continua que posee el individuo en varios grados" (Engler, 1996) o "como una característica o modo relativamente estable de comportarse en una gran variedad de situaciones que pueden ser específicos de un individuo o caracterizar a muchos sujetos pero que presentan diferencias personales en cuanto a la cantidad o nivel del mismo" (Lorenzo, 1987). La agresividad, la

timidez, la firmeza, el egoísmo y la sociabilidad son algunos ejemplos de rasgos de personalidad.

El tipo "es un conjunto estructurado de rasgos que incluye un número relativamente de ellos" (Lorenzo, 1987), como la introversión o la extroversión y tienen un mayor grado de organización. Los rasgos pueden ser muy generales, tomando en cuenta toda o casi toda la conducta; individuales y específicos en donde bajo ciertas situaciones se observa la influencia del rasgo.

Los primeros teóricos disposicionales como Ernest Kretschmer, describía a las personas en términos de tipos o tipologías, las cuales implican categorías distintas, discretas y separadas en las que puede ser colocado un individuo. Y William Sheldon describió a los individuos en términos de rasgos basados en el físico y en los temperamentos.

Los términos de personalidad y rasgo han sido definidos de dos modos diferentes aparentemente, en términos de modelos observables de la conducta y en términos de las dimensiones inferidas para actuar en ciertos modelos. Aunque las disposiciones se refieren a futuras acciones y de algún modo a conductas de un persona sana, ambos modelos tienen la diferencia únicamente verbal (Jamis, 1969).

Toda característica que puede aportarnos algo para el conocimiento de la personalidad debe poseer dos notas: 1. ser permanente en tiempo, admite una matización. No es preciso que sea una característica que éste presente a lo largo de toda la vida del sujeto, basta que sea relativamente permanente, aunque cuando mayor sea su duración, más garantías se tendrá de acertar. 2. ser específica del sujeto tomándolo como base para la comparación con otros, pero el número de características permanentes y específicas es tan grande que los criterios de selección resultan discrepantes. Teorías representativas de este tipo de enfoque han sido elaboradas y desarrolladas por Raymond B. Cattell y Hans J. Eysenck.

RAYMOND B. CATTELL.

Raymond B. Cattell nació en Staffordshire, Inglaterra en 1905. Se tituló en la Universidad de Londres en 1924, se especializó en química y física, pero su interés en los asuntos sociales lo llevo a estudiar psicología, con lo cual obtuvo su doctorado en 1929. Su tesis recepcional fue realizada también en la Universidad de Londres, donde estudió con Spearman, un psicólogo distinguido que desarrolló el procedimientos de análisis factorial que Cattell emplearía más adelante. En 1937, la Universidad de Londres premió a Cattell con un doctorado honorario en ciencias por sus contribuciones a la investigación de la personalidad. Fue investigador asociado de E. L. Thorndike en la Universidad de Columbia en Nueva York. Después, fue profesor en la Universidad Clark y más tarde en Harvard, en la Universidad de Illinois y en la Universidad de Hawai en Manoa.

A lo largo de 25 años ha ido publicando una cantidad asombrosa de artículos destinados no sólo a ampliar el campo de la medición mental, sino también encarar tópicos ubicados dentro de las tradicionales dimensiones de la psicología experimental, la psicología social y la genética humana (Hall S. y Lindzey, G., 1974).

Cattell cuenta con numerosos test psicológicos entre los que se encuentran: Tests no Culturales de Inteligencia, 1944; Batería de Tests de Personalidad Objetivo-Analítico, 1954; Cuestionario de 16 Factores de Personalidad, 1950; entre otros (Bischof, 1973). En la actualidad, Cattell todavía está entre el personal docente del Instituto Forrest de Psicología Profesional de Honolulu, Hawai; donde supervisa a estudiantes graduados.

Cattell comienza con una definición tentativa de personalidad "Personalidad es lo que permite una predicción de lo que una persona hará en una situación determinada" (1950). Esta definición proporciona un contraste notable e importante entre su enfoque para la investigación de la personalidad y de otros teóricos (Engrer, 1996). Ya que se encuentra interesado en el poder de un constructo para predecir acontecimientos futuros. Su perspectiva es la de un científico empírico que deriva de su teoría proposiciones que están sujetas a prueba empírica (Bischof, 1973), donde la exploración de los rasgos ayudará a entender la estructura y función de la personalidad.

El rasgo es, sin duda, el más importante de los conceptos de Cattell; ha elaborado este concepto y su relación con otras variables psicológicas mucho más minuciosamente que cualquiera de los demás teóricos. Un rasgo es "una estructura mental" inferida a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta.

Distingue entre los rasgos superficiales y rasgos fuente; los rasgos superficiales son grupos de respuestas conductuales tales como la integridad, la honestidad, la autodisciplina y la seriedad, y los rasgos fuentes se refieren a las variables subyacentes que parecen determinar la manifestación superficial, en este caso, la fuerza del yo.

El estudio de los rasgos fuente es valioso por varias razones, debido a que es probable que sean pocos en número y permiten resumir la descripción de un individuo. Los rasgos fuente tienen una influencia estructural sobre la personalidad y, por tanto, determinan la manera en que nos comportamos permitiendo no sólo hacer una descripción sino realizar predicciones respecto a conductas adicionales que se podrían observar.

Los rasgos fuente pueden tener su origen en la herencia o en el ambiente, por lo tanto podemos denominar rasgos fuente constitucionales a los patrones surgidos de condiciones o influencias internas y aparecen como factores, reciben la denominación de rasgos moldeados por el ambiente porque surgen del efecto modelador de las instituciones sociales y las realidades físicas que constituyen el patrón cultural.

A partir de la investigación extensa, con la utilización de las técnicas de análisis factorial, Cattell a identificado dieciséis rasgos fuente de temperamento y capacidad básicos que sugiere representan los "bloques constructores" de la personalidad" (Cueli, 1990 y Engler, 1996).

RASGOS FUENTE BÁSICOS DE CATTELL.

Sociable	reservado
Más inteligente	menos inteligente
Emocionalmente estable	emocionalmente inestable
Asertivo	humilde
Despreocupado	sensato
Conciencia fuerte	carencia de normas internas
Aventurero	tímido
Inflexible	afectuoso
Confiado	suspica
Imaginativo	práctico
Perspicaz	franco
Aprensivo	seguro de sí mismo
Experimental	conservador
Dependiente del grupo	autosuficiente
Casual	controlado
Relajado	tenso

Ciertos rasgos son indicativos de temperamentos sociables, mientras que otros indican una disposición más reservada.

Uno de los caracteres novedosos de la obra de Cattell es el constante énfasis que pone en diferentes tipos de estudios de correlaciones que el investigador puede encarar.

1. La técnica-R, que constituye el enfoque habitual del psicólogo en donde se trata de comparar un gran número de individuos en función de sus respectivos desempeños en dos o mas tests, para determinar fundamentalmente si los individuos que alcancen un puntaje en uno de los coeficientes resulta representar el grado de los puntajes respecto a sus tests.
2. La técnica-P, según la cual los puntajes obtenidos por un mismo individuo respecto de cierto número de dimensiones diferentes son comparados entre sí; se procura aquí determinar el grado de coherencia de la conducta del individuo; la estadística resultante constituye un índice de la proximidad con que se acoplan o concuerdan diferentes muestras de la conducta de un mismo individuo.

3. La técnica-Q mediante la cual dos individuos son correlacionados respecto de un gran número de diferentes dimensiones, en este caso el coeficiente constituye una medida de similitud o covarianza entre dos aspectos de cierta cantidad de personas.

4. La técnica-R Diferencial y es parecida a la Técnica-R común, excepto en que las mediciones se repiten dos veces y los cambios entre ellas se correlacionan y factorean.

La teoría de personalidad de Cattell tuvo su contribución más importante por medio de sus métodos y técnicas de investigación e identificación de los rasgos. La herramienta principal de Cattell ha sido el análisis factorial el cual es un procedimiento correlativo, pero interrelaciona muchas correlaciones al mismo tiempo, basándose en la suposición de que si varias variables se correlacionan mucho entre sí, es posible que una dimensión común subyazca en éstas. El advenimiento de la computadora hizo del análisis factorial una herramienta factible para la investigación de la personalidad.

Cattell espera poder usar la información acumulada para facilitar la predicción de la conducta, dada la capacidad de cómo éstos entran en ciertos patrones de respuesta conductual, se podría aplicar esta información a un caso particular. Los métodos de Cattell se han aplicado al área de la selección de personal, dónde ha tenido éxito considerable en la predicción de la satisfacción en el trabajo y la efectividad del trabajador (Engler, 1996).

HANS J. EYSENCK.

Hans J. Eysenck nació en Berlín, Alemania en 1916. Estudió psicología en la Universidad de Londres donde la orientación estaba hacia la psicometría y en 1940 se doctoró. En 1955 se le otorgó una cátedra de psicología en la Universidad de Londres. En 1958, se le concedió el Premio de científico distinguido de la Asociación Psicológica Estadounidense. En la actualidad es miembro del consejo de Asuntos Científicos de esta misma asociación. En 1985 Eysenck se retiró, sin embargo imparte conferencias, realiza investigaciones y escribe sobre la enfermedad cardíaca coronaria y el cáncer, el C.I. y la psicofisiología del sueño.

Hans Eysenck ha ordenado todas la fuerzas de la biología, las tipologías históricas, la teoría del aprendizaje y el análisis factorial con el propósito de entender la personalidad. Eysenck utiliza el análisis factorial en su trabajo, pero su uso es más deductivo que el de Cattell, inicia con una hipótesis clara acerca de las variables subyacentes posibles y luego usa el análisis estadístico para probar sus hipótesis. De hecho, considera que el análisis factorial es una herramienta preliminar que allana el camino para la investigación de laboratorio y experimental subsecuente con el propósito de obtener un entendimiento causal de los factores que han sido planteados.

Su modelo de personalidad se caracteriza por un pequeño número de dimensiones principales, las cuales están definidas con gran cuidado y su concepción de la personalidad es congruente con varias definiciones que se conocen, pero parece estar de acuerdo con la definición de Allport: la personalidad se define como: la suma total de patrones conductuales, actuales y potenciales del organismo, determinadas por la herencia y por el medio social, se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución).

El interés de Eysenck es lo constitucional "sector somático" y a utilizado con frecuencia la estructura del individuo como variable de personalidad relevante. Menciona que la personalidad esta compuesta por actos y disposiciones que se organizan en orden jerárquico en función de su importancia y generalidad, en donde el nivel más alto son "los tipos" que es definido como "una constelación síndrome de rasgos cuya existencia hemos observado"; en el siguiente nivel están los rasgos, que son la consistencia observada entre los hábitos o actos repetidos del sujeto; después están las respuestas habituales (característicamente producidas por circunstancias iguales o semejantes) y por último están las respuestas específicas (un acto conductual que ocurre y se observa una sola vez).

Las respuestas específicas dejan de serlo cuando se repiten varias veces y forman respuestas habituales, entonces la relación entre las respuestas habituales en una misma persona llaman lo que Guilford denominó "rasgo"; y los rasgos se organizan en una estructura más general y forman los tipos.

Las investigaciones de Eysenck aspiran a lograr una meta: identificar dimensiones primarias de la personalidad, lo cual permitiría el establecimiento de una poderosa tipología única. Eysenck realizó una revisión de las teorías del temperamento, observó que había patrones distintos en las diversas tipologías que habían sido usadas a lo largo de la historia para describir la personalidad.

La dimensión introversión en contraposición con extroversión refleja el grado en que una persona es sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos, es una dimensión continua que varía entre individuos. Algunas personas tienden a ser amistosas, impulsivas y extrovertidas mientras que otras se inclinan a ser reservadas, calladas y tímidas. Estas dimensiones son semejantes a las dos actitudes básicas desarrolladas por Jung.

La dimensión de emocionalidad en contraposición con estabilidad se refiere a la adaptación de un individuo al ambiente y a la estabilidad de su conducta a través del tiempo. Algunas personas tienden a estar bien integradas y a ser estables desde el punto de vista emocional, mientras que otras tienden a encontrarse mal integradas, a ser impredecibles desde el punto de vista emocional y neuróticas. Eysenck y Rachman (1965) sostienen: "En un extremo se tiene a personas cuyas emociones son inestables, intensas y que se exaltan con facilidad; son malhumoradas, susceptibles, ansiosas, intranquilas, etc. En el otro extremo se tiene a personas cuyas emociones son estables, excitables con menos facilidad, calmadas, ecuanímenes, despreocupadas y confiables". En ambas dimensiones, la mayoría de las personas encajan en alguna parte en medio de los dos extremos.

Al seguir su investigación sobre los dos superfactores, investigó un tercero: psicotismo, el cual se caracteriza por la pérdida o distorsión de la realidad y la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales y la fantasía. La persona puede tener perturbaciones en el pensamiento, emoción y conducta motora, así como alucinaciones o delirios. El factor de psicotismo incluye también algún grado de psicopatía: trastorno que se caracteriza por conducta social e impulsiva, egocentrismo y una ausencia de culpa y es un elemento presente en varios grados en los individuos. Eysenck enlista once características de los individuos que obtienen puntuaciones altas en pruebas de psicotismo (Engler, 1996).

Un superfactor final que cree desempeña un papel importante en la personalidad es la inteligencia, llevando a cabo una serie de estudios basándose mucho en la obra pionera de L. L. Thurstone y J. P. Guilford, quienes usaron el análisis factorial para identificar componentes de la inteligencia. Eysenck se ha interesado por el uso y abuso de las pruebas de inteligencia y el papel de la herencia en la capacidad intelectual.

Eysenck desarrolló un inventario de personalidad mejorado al usar un método que él llamó análisis de criterio. Inicia con una hipótesis respecto a una variable subyacente posible, por ejemplo, estabilidad emocional contra neurotismo, después identifica dos grupos criterio: uno de personas que han sido identificadas con claridad como estables desde el punto de vista emocional y otro que ha sido determinado como neurótico, da a cada grupo un cuestionario y observa cuántas respuestas positivas y negativas tienen cada pregunta particular en forma afirmativa o negativa, entonces esa pregunta puede ser un buen reactivo para distinguir entre los dos grupos.

Entre sus cuestionarios se encuentran el Inventario de la Personalidad de Maudsley, el Inventario de la Personalidad de Eysenck y el Cuestionario de la Personalidad de Eysenck. Estos inventarios han sido usados en un número extraordinariamente grande de proyectos de investigación. Actualmente continúan realizándose estudios transculturales sobre las dimensiones de la personalidad desarrolladas por Eysenck. La mayor parte de éstos usan el Cuestionario de Personalidad para hacer comparaciones. Algunos de los hallazgos de estas investigaciones han sido significativos, otros no.

VALORACIÓN Y CRÍTICA A LA TEORÍA DISPOSICIONAL.

Las teorías del rasgo utilizan un gran número de características que en gran medida son comunes a todas las personas; según esto, un individuo puede ser descrito como sociable, flexible, extrovertido, dotado de autocontrol, intelectualmente eficiente, mientras otro puede ser calificado como dominante, independiente, agresivo, seguro de sí mismo y honesto. Miden un rasgo, el que es comparado con otros sujetos y este procedimiento permite comparar a la persona con un grupo de características, pero una gran acumulación de rasgos haría impracticable esta técnica, por lo que se impone una drástica reducción de los mismos. Ahora bien, utilizando la misma técnica de análisis factorial Cattell llega a un gran número de características, mientras que Eysenck designa muy pocos. Las diferencias en cuanto al número de rasgos constitutivos de la personalidad constituye un punto débil que las teorías del rasgo no han podido superar.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

Los psicólogos de la personalidad se especializan; algunos son investigadores que quieren descubrir y explicar algún aspecto de la personalidad; quizás la ansiedad, la agresión, la necesidad de logro o la sensación de control (Morris, 1987) o los investigadores de la salud que se interesan en: los eventos de la vida, las respuestas de enfrentamiento al estrés y el estado emocional. Otros se dedican de manera esencial al diseño y evaluación de los instrumentos de caracterización de la personalidad (pruebas de personalidad), así los instrumentos de evaluación escogidos por un psicólogo estará en función de su preparación y experiencia, sus preferencias personales y su familiaridad con la literatura actual (Lanyon, R. y Goodstein, L., 1977). Otros más comprometidos con las teorías de la personalidad las comprende, enseña o construye nuevas. La mayoría de los psicólogos de la personalidad son psicólogos clínicos que utilizan las teorías de la personalidad, la investigación y los instrumentos de evaluación.

La evaluación de la personalidad se refiere al "proceso de recoger y organizar la información acerca de otra persona" (Lanyon et al., 1977) con la expectativa de que esta información conducirá a una mejor comprensión de la persona. Comprender a otro individuo y a su personalidad comporta típicamente el hacer alguna predicción acerca de la conducta futura de esa persona y entre las clases de predicciones que han de hacerse esta la probabilidad de éxito vocacional en varias áreas, la respuesta a diferentes tratamientos psicológicos o su probabilidad de mostrar ciertas conductas indeseables.

La evaluación de la personalidad es un área importante en la aplicación de las teorías de la personalidad. Evaluación se refiere "a valoración y medición" (Engrer, 1996) y medición se refiere a "asignar números a las cantidades de las propiedades de los objetos de acuerdo con reglas dadas cuya validez pueda comprobarse empíricamente" (Coronas, R. y Cucala, E., 1987 y Magnusson, 1986). Mientras que Anastasi, 1978; marca diferencias entre la medición y evaluación, refiriéndose a la primera como ¿cuanto?, ya que proporciona una descripción de la persona pero nada del valor de dicha ejecución. Y cuando se interpreta, se atribuye cierto valor y se esta yendo más a la descripción tratando de responder ¿hasta qué punto es bueno? esto es evaluación.

Existen técnicas muy variadas que intentan de forma aproximada la medición de la personalidad. La mayor parte de los procedimientos de evaluación de la personalidad utilizadas hasta el momento sólo se refieren a aspectos parciales de la misma, y no a su globalidad.

Los tests estudian las diferencias entre individuos en orden a predecir si esas diferencias se mantendrán posteriormente dentro de un comportamiento determinado. Los test psicológicos se utilizan para recabar información acerca de los individuos clasificándolos de acuerdo con un nivel de rendimiento en una conducta determinada, a fin de poder adoptar las decisiones más apropiadas, mencionando la aceptación o rechazo de unos sujetos para un empleo, la detección de anomalías psíquicas con fines de diagnóstico y terapia, etc.

Un test psicológico puede definirse como "una técnica sistemática que compara la conducta de dos o más personas" (Cronbach, 1972). Los test varían extraordinariamente por razón de la objetividad de sus descripciones o mediciones. Un test se considera objetivo cuando todos y cada uno de los observadores conceden idéntico valor a un comportamiento dado, mientras que será subjetivo si existe variabilidad entre dos o más observadores al evaluar una misma conducta. En el caso de la personalidad el riesgo de subjetividad se incrementa en mayor o menor grado, siempre se trata de inferir algo, sin posibilidad de observación directa.

La clasificación de las técnicas de medición de la personalidad puede hacerse desde criterios tan distintos como la forma, el contenido, la finalidad, el modo de aplicación y otras características de la prueba en cuestión. Pichot (1991) los clasifica según sus características exteriores (lápiz-papel, ejecución); su administración (individuales o colectivos) y su función (de eficiencia y de personalidad). Las técnicas de medición se pueden dividir en subjetivas, objetivas, proyectivas y psicométricas (Lorenzo, 1987).

1. Las Pruebas Subjetivas. Comprenden todo tipo de información que el sujeto puede suministrar acerca de sí mismo de forma deliberada, como autodescripciones de conductas que se basan generalmente en las percepciones y reflexiones que posee el sujeto de sus propias vivencias. El material de estas técnicas subjetivas de medición varía por su grado de estructuración e incluso puede no tener ninguna. Entre las técnicas de evaluación calificadas como subjetivas podemos mencionar: la entrevista, el Test de Repertorio de Constructos de Roles (REP) de Kelly, los documentos personales (diarios, autobiografías, cartas y otros escritos), el Diferencial Semántico de Osgood, etc.

2. Técnica Objetivas. Comprenden todas aquellas estrategias que miden conductas observables en que puede ser utilizado el método experimental o al menos una observación sistemática y controlada. Son procedimientos que con independencia del observador permiten observar y medir el comportamiento de las personas. Dentro de esta categoría pueden incluirse los test que evalúan conductas motoras, perceptivas, de aprendizaje y memoria, respuestas psicofisiológicas, reactividad a los estímulos, habilidades de ejecución, respuestas sexuales, etc. Aunque no es indispensable, para asegurar la objetividad de los registros en la medición, se prefiere el empleo de aparatos, la situación controlada de laboratorio o fuera de él, la evaluación de respuestas que el sujeto no pueda distorsionar voluntariamente y los procedimientos rigurosos de registro de los resultados.

3. Técnicas Proyectivas. Están concebidas para conocer aspectos ocultos de la personalidad, mediante la utilización de estímulos que provocan respuestas cuyo significado escapa al sujeto. Estas técnicas pretenden lograr una imagen global del individuo y se fijan principalmente en el aspecto cualitativo de la conducta comprensión de la personalidad a través de los test proyectivos suponen una valoración e interpretación de las respuestas del sujeto desde una concepción dinámica del psiquismo próxima al psicoanálisis.

Entre las técnicas proyectivas más utilizadas tenemos el test de Asociación de Palabras de Jung, el Test de Psicodiagnóstico de Rorschach y el Test de Apercepción Temática de Murray, etc.

4. Técnicas Psicométricas. Se basan en la medición de características psicológicas y su tratamiento estadístico. Bajo esta denominación se incluyen un conjunto bastante heterogéneo de pruebas psicológicas. Se entenderá por técnicas psicométricas aquellos procedimientos estandarizados de medición "en los que la técnica, los aparatos de valoración que se utilizan, se hayan ya determinados de antemano de tal forma que podemos aplicarlos en diferentes lugares y tiempo" (Cronbach, 1972).

La estimación psicométrica pretende obtener una medición de aspectos aislados de la conducta llamados características o rasgos que pueden ser medidos. Estas permiten obtener una puntuación para cada persona que indica la posición de ese sujeto en un determinado rasgo, comparado con un grupo normativo.

Entre las escalas e inventarios representativos tenemos, el Cuestionario de Personalidad M.M.P.I., Inventario Psicológico California (C.P.I.) de Harrison Cough, el Cuestionario de Personalidad de Cattell 16PF, etc.

FINALIDAD DE LAS TÉCNICAS PSICOMETRICAS.

El intento de realizar mediciones de habilidades y otros rasgos de personalidad a guiado el desarrollo de una nueva especialidad: la Psicometría como una disciplina objetiva y rigurosa basada en la medición psicológica en un marco estadístico y que usa un vocabulario técnico propio. La medición de rasgos de personalidad facilita la investigación de los test psicológicos y su aplicación (Kline, 1983).

Las pruebas psicométricas miden características de la personalidad por medio de cuestionarios diseñados de manera cuidadosa, desarrollados con técnicas teóricas y estadísticas. La examinación psicométrica tuvo su origen en los laboratorios psicológicos establecidos a fines del siglo XIX.

Las técnicas psicométricas buscan cumplir con dos criterios primarios: la confiabilidad y validez.

Confiabilidad se refiere a "el grado de consistencia de una medición a través del tiempo" (Brown, 1980). Si una prueba no proporciona medidas consistentes, se podrá tener muy poca fe en la exactitud de sus calificaciones en cada aplicación de la prueba. Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

1) Medida de Estabilidad (Confiabilidad por test-retest). En este procedimiento un instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de un período de tiempo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.

2) Métodos de formas alternativas o paralelas. En este procedimiento no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes a este, se aplican a un mismo grupo de personas dentro de un período de tiempo relativamente corto, las versiones son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva. Los patrones de respuesta deben variar poco entre las aplicaciones.

3) Método de mitades partidas. Requiere de una sola aplicación de la medición. El conjunto total de los ítems es dividido en dos mitades y las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas.

La confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluye el instrumento de medición. Cuantos más ítems la confiabilidad aumenta.

4) Coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja es que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

5) Coeficiente KR-20. Kuder y Richardson desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que la del coeficiente alfa.

Validez se refiere a si una técnica de evaluación en realidad "mide lo que debe medir" (Brown, 1980), sin pruebas de validez no sabremos lo que mide en realidad una prueba, así; no será posible interpretar o dar significado a las calificaciones.

Existen diferentes tipos de validez:

1) Validez de contenido, se refiere a el grado en que un instrumento refleja un dominio de lo que mide y que la medición represente a el concepto medido. Un instrumento de medición debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir.

2) Validez de criterio, establece la validez del instrumento de medición comparándola con algún criterio externo que es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Entre más se relacione el resultado del instrumento al criterio, la validez será mayor.

Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de corte) y si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva.

3) Validez de constructo, es la más importante sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere a el grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis teóricamente derivadas y que conciernen a los conceptos (constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico.

La validez de constructo incluye tres etapas:

a. Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).

b. Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.

c. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez del constructo de una medición en particular.

Así la validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de tres tipos de validez. Entre mayor validez de contenido, criterio y de constructo tenga un instrumento de medición; éste se acerca más a representar la variable o variables a medir.

Un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido.

Engler B. (1996), considera a la normalización y objetividad como criterios que también deben cumplir las técnicas psicométricas.

La normalización implica asegurar condiciones y procedimientos uniformes para administrar una prueba e informa de la distribución y variabilidad de las puntuaciones para cada prueba en particular. El proceso de normalización hace posible saber si la puntuación de un individuo es alta, baja o promedio.

La objetividad se refiere a la evitación de prejuicios subjetivos en la evaluación. Si un procedimiento es objetivo, administradores y calificadoros expertos pueden presentarlo en igual forma a cualquier sujeto particular y obtener la misma puntuación que otros examinadores calificados. La objetividad es más fácil de obtener si las respuestas están delineadas con claridad, como en una prueba de opción múltiple o de verdadero-falso, donde cada respuesta indica con claridad un cierto factor.

LIMITACIONES DE LAS TÉCNICAS PSICOMETRICAS DE EVALUACIÓN.

La concepción de la personalidad compuesta de rasgos acepta el principio de que la personalidad en cada individuo es el resultado de una combinación de rasgos fisiológicos y psíquicos. Por lo general, los teóricos prefieren tests estructurados, cuyos elementos requieren un número limitado de respuestas que permiten ser evaluadas y cuantificadas de manera inequívoca, sin el recurso a interpretaciones subjetivas. La mayor parte de los test clásicos de este enfoque se ajustan a una normas establecidas y las puntuaciones obtenidas por cada persona pueden ser evaluadas por cualquier profesional conocedor de la técnica. La utilización de este tipo de test permite, además, conocer en qué medida la conducta del sujeto se desvía respecto al grupo normativo, lo que hipotéticamente permitiría conocer en qué coincide y en que se diferencia del grupo con el que es comparado y qué situación relativa ocupa respecto a los demás individuos.

El empleo de los test con fines de orientación profesional y de selección, tiene sus riesgos y ha contribuido a una gran controversia social debido a que su abuso puede perjudicar las expectativas de las personas que se sienten perjudicadas en base a sus resultados (Anastasi, 1978 y Lorenzo, 1987).

Una de las críticas se funda en que las estimaciones cuantitativas que introduce no aportan nada importante que impida a estas autodescripciones ser falseados, con intención o sin ella, por parte del sujeto y que pueden impedir el acceso a una información menos artificial y más rica. No parece causal que otra crítica se hace en relación, al desconocimiento de sí mismo del sujeto, disposiciones y estilos de respuesta, insinceridad y dificultad de captar el contenido de las respuestas. En cuanto a la disposición de respuestas, un ejemplo es la deseabilidad social consistente en que el sujeto tiende a estar de acuerdo en aquellas respuestas que le son favorables al contestar el test, sin que el sujeto pretenda deliberadamente engañar al examinador. Los autores de los tests psicométricos de autoinforme conocedores de estos problemas, han intentado eliminarlos a veces incorporando al test claves de control, para reducir al mínimo sus efectos distorsionadores (como las escalas de validación del M.M.P.I.). Las críticas han estimulado numerosas investigaciones que han dado importancia, tanto a los rasgos como a las situaciones de evaluación.

CAPITULO II

EL CAMPO DE LA PEDIATRIA.

La pediatría se ocupa de los trastornos de la salud, del crecimiento y desarrollo del niño y el pediatra tiene la misión de garantizar el desarrollo pleno, como vigilantes del desarrollo físico, mental y emocional de esos niños, los pediatras son un elemento fundamental de la asistencia social en los aspectos normales y anormales así como del ambiente que podría influir sobre el ser humano en sus primeros dieciocho años de vida.

La pediatría se convirtió en una especialidad médica hace un siglo, gracias a la creciente comprensión de los problemas sanitarios de los niños, que son muy diferentes de los adultos y de que su reacción ante dichos problemas depende de su edad.

Los conocimientos pediátricos disponibles se duplican cada 8-10 años en la actualidad, y nadie es capaz de asimilar tal cantidad de información. Los médicos dependen cada vez más de sus colegas para poder ofrecer a sus pacientes una asistencia de calidad; están surgiendo equipos de pediatras en los que cada miembro se encarga de una especialidad.

La especialización entre los pediatras ha seguido diferentes caminos: la preocupación por los grupos de edad ha dado lugar a la neonatología y a la medicina de la adolescencia; el estudio de los diferentes órganos y sistemas ha dado lugar a la cardiología, la alergología, la hematología, la neurología, la gastroenterología, la neumología y la endocrinología pediátricas, y a la especialización de metabolismo y genética, el interés por los sistemas asistenciales ha orientado a algunos pediatras hacia la asistencia ambulatoria y a otros hacia los cuidados intensivos y, finalmente, han surgido subespecialidades multidisciplinarias para hacer frente a los problemas de los niños disminuidos, contando con la colaboración de pediatras, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y especialistas en fisioterapia y terapia ocupacional, educación especial, logopedia, audiología y nutrición. Este incremento de la especialización se ha notado en los hospitales infantiles.

El nacimiento de la Pediatría en México como disciplina científica, coincide con el establecimiento de la enseñanza pediátrica formal y definitiva en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. El nacimiento se realiza con todo el rango y con todas las características de su linaje: es el producto de la experiencia de la pediatría francesa y la pediatría norteamericana, con su acervo de realizaciones también influye a un carácter creador: Federico Gómez, quien erige y organiza el Hospital Infantil de México (H.I.M.) en donde plasma los valores transmitidos por Mario Toroella (pediatría francesa), la metodología y el sistema norteamericano e incorpora hábilmente la ansiedad científica del médico mexicano; por lo cual, por primera vez, se podría hablar de Pediatría Mexicana (Martínez, 1951). Iniciando labores de divulgación de puericultura y continuamente se introducen perfeccionamientos técnicos en los servicios dedicados a los niños.

Bajo la conducción de Federico Gómez, respaldada por hombres como Salvador Zubirán y Gustavo Baz, se planea, construye y organiza el Hospital Infantil de México, que no solo satisface las ambiciones de los pioneros de la Pediatría Nacional, sino que inicia una revolución en la atención médica, en la asistencia hospitalaria y en la enseñanza profesional en todo el país.

El 30 de abril de 1943 abrió sus puertas el Hospital Infantil de México y por primera vez se funda un Servicio de patología, cirugía, oftalmología, otomolaringología, fisioterapia, oncología, ortopedia, fisiología y radiología pediátricas, que se unieron a los

Servicios generales de Medicina, Infectología y de Prematuros. Además se inauguraron Servicios de Consulta Externa y de Emergencia. Se establecieron los laboratorios de bacteriología, serología, química, hematología y un banco de sangre y se organizan los Servicios de Fotografía, Archivonomía y Estadística Clínica; un Servicio de Terapia Ocupacional y uno de Médico Social. Quedando a la disposición de la Sociedad una Institución modelo y al servicio del médico mexicano, como el ideal de un Hospital general para el niño enfermo, dando nacimiento y fuerza al concepto actual de la moderna Pediatría Mexicana.

El Hospital Infantil de México ha dedicado su mejor esfuerzo docente para médicos graduados; la carrera hospitalaria, establecida también por primera vez en México, la inicio con un año de internado; más pronto la experiencia hizo aumentarla a dos años y actualmente es de tres años y deben presentar examen y tesis profesionales para obtener el título de Pediatras. Pueden continuar sus estudios en alguna subespecialidad y de esta forma, el hospital afiliado a la U.N.A.M., desempeña funciones profesionales, científicas y sociales.

El H.I.M., está perfeccionando no sólo la capacidad técnica del cuerpo médico nacional, sino que a través del ejemplo está modelando una nueva ética profesional y una comprensión más humana para el niño mexicano (Martínez, 1951). El pediatra es concebido como un creador de personalidades superadas en las nuevas generaciones y como un guía y educador de la vida familiar, base fundamental de la cultura de la salud.

Los medios que debe emplear el médico para afrontar los problemas de los niños y sus familias se pueden agrupar en tres categorías principales:

1. Conocimientos (información actualizada sobre diagnósticos, tratamientos y la información que da al niño y a su familia, lo que puede hacerlo un médico accesible);
2. Medios interpersonales o manuales (la capacidad de elaborar una historia clínica provechosa, de realizar una exploración física fiable, de efectuar una punción a un recién nacido deprimido, por ejemplo); y
3. La propia actitud (la dedicación del médico para potenciar sus conocimientos y habilidades en beneficio de los niños y sus familias).

El subespecialista no solo debe tener conocimientos adecuados de su especialidad y de otras especialidades relacionadas, sino que además debe ser capaz de afrontar situaciones polémicas, con la flexibilidad que le permita adaptarse a diferentes puntos de vista en beneficio de su paciente

SUBESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS.

La pediatría pertenece al tipo de especialidades de entrada directa (o troncales) junto con Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia; que representan las cuatro divisiones mayores de la medicina. La duración es de tres años.

La subespecialidad (de rama) se caracteriza principalmente por resolver en el individuo enfermo aspectos que, requieren de conocimientos más profundos de algunos órganos, aparatos o sistemas. Tienen una duración de dos o más años adicionales después de la especialidad troncal respectiva.

Pediatría. Atiende a niños y adolescentes jóvenes dando atención al 90% o más de las enfermedades, guiando su tratamiento, cuidado y seguimiento y ven áreas que ningún otro especialista atiende. Dan cuidados a niños sanos y cuidados preventivos. Raramente usan técnicas quirúrgicas. Se observa un amplio campo de subespecialidades pediátricas. Considerando en una escala de 1 a 5 en grado de dificultad ascendente para ingresar a la especialidad; Pediatría tiene 3, lo que significa que es difícil entrar al programa (Iserson, 1993).

Descripción de las subespecialidades pediátricas.

*Alergia e Inmunología. Se dedica al diagnóstico y tratamiento de alergias asmáticas y enfermedades inmunológicas. Ven pacientes con asma crónica y alergias estacionales (de temporada), etc.

*Anestesia. Dan anestesia general y regional durante una cirugía, procedimientos de diagnóstico y tratamientos, funcionan como médicos dedicados a los Cuidados Primarios y aplican anestésicos, bloqueadores y trabajan junto con Clínica del Dolor.

*Cardiología. Atienden enfermedades del corazón y sistema circulatorio, realizan diagnóstico y tratamiento a estas enfermedades. El aumento de tecnología médica moderna da importancia a esta subespecialidad considerándose una práctica invasiva y no invasiva.

*Cirugía. Dan diagnóstico y tratamiento a enfermedades quirúrgicas en niños atendiendo lesiones de abdomen, problemas torácicos y traumas múltiples. En pediatría es una especialidad que atiende a muchos pacientes.

*Dermatología. Tratan pacientes que presentan desórdenes agudos y crónicos de la piel. Dan diagnóstico y hacen uso de agentes dermatoterapéuticos para la piel con lesiones.

*Endocrinología. Trata a pacientes con enfermedades endocrinas y una amplia variedad de anomalías hormonales, la más frecuente es la diabetes mellitus, desórdenes tiroideos, desarrollo tardío o pubertad retrasada, osteoporosis, tumores pituitarios.

*Gastroenterología. Tratan enfermedades del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas. Un gran número de pacientes tienen úlcera o enfermedades crónicas del hígado, tracto intestinal o páncreas. Los avances recientes en endoscopia (colonoscopia, endoscopia retrógrada, colangiopancreatografía) han incrementado el número de procedimientos que estos especialistas hacen.

*Gènetica. Estudia los cromosomas y sus genes; las anomalías y enfermedades causadas por anomalías estructurales o numéricas de los cromosomas (Síndrome de Down, Filadelfia).

*Hematología y Oncología. Son especialidades distintas y frecuentemente se relacionan en la práctica, sin embargo la Hematología trata el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en la sangre y Oncología trata el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer. Son consideradas especialidades de agotamiento emocional por el tipo de enfermedades que tratan.

*Infectología. Especialista en enfermedades infecciosas, realiza el diagnóstico y tratamiento, dan antibióticos siendo necesaria una larga rehabilitación debido a la gran diversidad de bacterias que son resistentes a las drogas.

*Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico. Los médicos pediatras trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, manejando por completo el cuidado del enfermo crítico y pacientes quirúrgicos. La práctica requiere de conocimientos amplios de medicina y condiciones quirúrgicas que son las únicas causas para que los pacientes estén en la Unidad de Cuidados Intensivos.

*Nefrología. Los nefrólogos dan diagnóstico y tratamiento del riñón, los tratamientos son muy largos ya que en ocasiones son enfermedades crónicas que requieren del manejo de diálisis, trasplante renal, etc.

*Neonatología. Tratan enfermedades del prematuro siendo su centro de trabajo la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cuidando a quienes no tienen la capacidad de vivir sin asistencia médica. Tienen que ser aptos para el desempeño y manejo de bebés muy pequeños.

*Neurocirugía. Proveen manejos operativos y no operativos de lesiones del cerebro, médula espinal, nervios periféricos y de estructuras del cerebro (meninges, S.N.C.).

*Neurología. Realizan diagnóstico y tratamiento a desórdenes neurológicos de la infancia, niñez y adolescencia. Tratan enfermedades del cerebro, médula espinal y sistema neuromuscular. Muchos de estos problemas son de desarrollo congénito natural.

*Otorinolaringología. Tratan órganos como la cabeza y cuello, es especialista en la evaluación y tratamiento de problemas médicos y quirúrgicos en oído y tracto respiratorio superior.

*Patología. Determinan la naturaleza de los tejidos, fluido corporal. Hacen uso de métodos de las ciencias básicas en la detección de enfermedades, pero no tienen contacto con el paciente en vida.

*Reumatología. Dan diagnóstico y tratamiento a pacientes con una amplia variedad de enfermedades de las articulaciones, tejidos blandos y vasos sanguíneos; incluyendo varios tipos de artritis agudas y crónicas que afectan al individuo.

ELECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD.

Muchos factores son importantes en la elección de una especialidad. Los factores más comunes que se enlistan son:

1. El contenido intelectual de la especialidad, por el diagnóstico de las enfermedades así como por los problemas que genera sostener los conocimientos durante el camino de esta.
2. El tipo de paciente que encontrarán en la práctica relacionada con la especialidad, ya que algunas aceptan solo edades específicas, grupos con un cierto nivel de enfermedad o mixtas o en el caso donde no existe contacto con el paciente.
3. El papel del médico en el medio ambiente y en la escuela médica como estudiante, ya que en ocasiones considera tener las habilidades para una especialidad y así la eligen, sin tener en cuenta las perturbaciones que esto le puede ocasionar.
4. La remuneración económica. Muchos pueden ser nobles y dar asistencia, valores por los cuales eligen la medicina no tomando en cuenta el aspecto financiero, pero son consideraciones irreales y que pueden cuestionarse; ya que su remuneración depende del nivel de residencia que este cursando aunque este siempre será menor comparado con el que recibe un médico de base, donde las responsabilidades y obligaciones son muchas. Las especialidades quirúrgicas son las más lucrativas.
5. Tiempo de entrenamiento. Aunque en ocasiones no se fijan en esto, ellos eligen la especialidad en la cual puedan tener mayor práctica para tener así más conocimientos.
6. Las horas de trabajo y el estilo de vida son importantes al estar en la residencia. Se considera que trabajan según el nivel de residente y de acuerdo con las horas que requiera la especialidad. Las horas de trabajo pueden estar condicionadas por el tipo de familia y las actividades extracurriculares; se debe tener en cuenta que llevar una vida externa no puede ser combinada con la carrera de medicina, lo cual tiene que ser cuidadosamente valorado.

Uno de los factores que las investigaciones han apoyado es el tipo y tiempo de entrenamiento (la experiencia y/o la práctica) ya que dentro de esta se pueden enfatizar la experiencia con los residentes, pacientes y el tipo de asistencia que dan, ya que pueden dar continuidad al tratamiento de sus pacientes lo que hace que se sienta satisfecho consigo mismo (Liew, Tracy A.; Schroeder, Steve A. y Altman, David F., 1989).

Sin embargo estos mismos factores en la elección de la especialidad pueden afectarla, los problemas emocionales, económicos y los estilos de vida.

El lograr una elección adecuada, brinda al médico una mayor satisfacción hacia sus funciones proyectadas en los resultados sobre sus pacientes.

PERSONALIDAD Y SELECCIÓN DE LOS MÉDICOS.

Considerando que en cualquier situación humana, un factor determinante de la forma como dos personas se relacionan entre sí, son las poderosas tendencias arraigadas de la persona en donde el carácter del médico puede afectar la relación médico-paciente de forma irreparable; como el narcisismo, el autoritarismo o médicos con sentimientos de omnipotencia o la contraparte médicos indecisos (De la Fuente, 1994).

Una imagen pobre de sí mismo, la baja autoestima, una depresión encubierta, enojo y el temor de asumir su papel lo presentan ciertos estudiantes que se encuentran bajo las presiones de la escuela de medicina, suelen ser de gran influencia. Es claro que el carácter del médico y sus necesidades emocionales juegan un papel importante en la relación, no obstante que el objetivo al cual debe supeditar el médico cualquier deseo o interés es "El procurar el bienestar de quien se pone bajo sus cuidados profesionales" (De la Fuente, 1994).

Para la selección se ha hecho uso de computadoras, de investigar las necesidades locales y nacionales (Glick, 1994); factores demográficos, legales y de desarrollo educacional (Edwards C.; Johnson K. y Molidor B., 1990), así como de entrevistas estructuradas con el propósito de recolectar información para la selección de médicos (Edwards et al., 1990) y secundariamente han considerado la motivación a la especialidad, la motivación hacia el paciente y el funcionamiento interpersonal.

Tomando en cuenta que el criterio académico no identifica los requerimientos no cognoscitivos por tanto de personalidad, asignando solamente importancia a la inteligencia, la cuál no asegura que el médico pueda hacer frente al medio hospitalario tanto en la comunicación con autoridades, pares, pacientes, responsabilidades, etc. (Tarico V.; Smith W. L.; Altmaier E. y Van Velzen D., 1984). Se ha hecho uso de la entrevista la cual ha proporcionado características de personalidad tales como: la necesidad de dar apoyo a los demás, motivación y confidencialidad (Bullimore, D. W., 1992); empatía, flexibilidad y responsabilidad (Glick, 1994), mientras que Collins y cols., 1995 mencionan que el desempeño clínico depende de los atributos de personalidad y motivación, ellos evaluaron mediante una entrevista la comunicación oral, la madurez, el cuidado y amistad, conciencia ante problemas, compromiso en actividades académicas y en comunidad. Concluyendo que la entrevista en realidad explora características de personalidad en médicos.

La mayoría de los métodos empleados para la selección de aspirantes son usados para asegurar que los estudiantes tienen la habilidad académica para competir durante el curso. El tomar la habilidad intelectual como factor de admisión a llevado a consecuencias sociales de sobreproducción de médicos, donde México tiene una afiliación de médicos desempleados que excede a 50,000 (Walton, 1987). La examinación escolar es un criterio fácil de selección pues es una medida objetiva por lo tanto cuantificable, donde dan preferencia a las mejores calificaciones.

La naturaleza de los actos médicos requiere que quién practique la medicina posea además de competencia profesional arduamente adquirida durante el entrenamiento y la práctica cualidades como integridad, sensibilidad, objetividad, intuición y autoridad (De la Fuente, 1994).

Cuando las pruebas de personalidad, actitudes y valores son tomadas en cuenta, ellos han demostrado un mejor pronóstico en estudiantes con un mejor desempeño durante las pruebas y no solamente cuando se toman medidas de habilidad intelectual.

Diversas investigaciones han apoyado el valor de la personalidad del estudiante médico (Hobfoll, 1982).

En 1984, Tarico V. y cols.; buscaban el identificar un proceso de evaluación para la selección de residentes de diversas subespecialidades de radiología de la Universidad de Iowa (Colegio de Medicina) para establecer criterios (conductas) que indicarán el buen desempeño del residente. Utilizaron una entrevista estructurada: Critical Incident Interviewing (C.I.T.) para obtener conductas específicas y concretas que designen a un médico como sobresaliente o inadecuado en su desempeño. Fue aplicada a 22 médicos de las subespecialidades de radiología. Describen en sus resultados 171 conductas generadas de la entrevista y agrupadas en seis categorías: Capacidades y Habilidades, Conocimientos, Actitudes de sí mismo, Habilidades Interpersonales (Comunicación Oral), Conciencia y Curiosidad. Indicando que la variedad de habilidades y actitudes que consideraban relevantes en la práctica de radiología abarcaban conductas concretas en situaciones determinadas, situaciones de interacción con pacientes, pares o miembros de personal así como "tareas únicas" que debe desempeñar el residente. Los factores intelectuales y académicos no resultaron ser tan importantes como previamente lo habían sido, ahora los consideraban como factores de apoyo, tomando en cuenta que los residentes pueden variar en estas habilidades.

Mientras que Taylor A. D. y cols. (1990); realizaron un estudio para determinar los tipos de personalidad más comunes de los residentes de Medicina Familiar. Fue realizado con 778 residentes a través del Programa de Evaluación de la Personalidad Myers-Briggs Type Indicator (M.B.T.I.), inspirado en la Teoría de los tipos de Jung) el cual proporciona cuatro índices en escalas bipolares de la personalidad: 1. Extroversión (E) vs. Introversión (I) dirigir la percepción y el juicio hacia el mundo exterior de la gente y las cosas, o hacia el mundo interno de conceptos o ideas; 2. Sensación (S) vs. Intuición (N) percibir directamente de una forma realista o indirectamente por medio de ideas asociadas, o deducciones imaginativas; 3. Pensamiento (T) vs. Sentimiento (F) juzgar la verdad o falsedad por medio de análisis lógicos, o por medio de una apreciación de los valores personales o interpersonales y 4. Juicio (J) vs. Percepción (P) tratar con el mundo exterior de una forma valorativa, enjuiciándolo, o con una actitud de comprensión y perceptiva. La combinación de estas escalas bipolares da origen a 16 tipos de personalidad. Se compararon los 778 perfiles de Médicos Familiares con 1010 perfiles de Médicos Generales obtenidos en 1950. Se obtuvieron diversos perfiles donde predominaron las escalas de Intuición (N), Sentimiento (F) y Juicio (J) en los de 1980. Los autores agregan que los cambios en los tipos de personalidad puede deberse a la elección de carrera ya que unos eran médicos generales (los de 1950) y médicos familiares (de 1980), considerando esto como una interrogante que podrá ser contestada en futuras investigaciones donde puedan compararse diversas subespecialidades médicas.

Tutton P. M. (1993), en la Facultad de Medicina de la Universidad de Monash aplicó una entrevista semi-estructurada para valorar las cualidades de personalidad para la selección de médicos no graduados. La entrevista evaluaba cualidades en cuatro áreas: 1. Motivación (conocimientos y entendimiento; factores de motivación y perseverancia); 2. Estilos Cognoscitivos (tipo de pensamiento, flexibilidad, eclecticismo, apreciación de conocimientos, aceptación y toma de decisiones); 3. Estilos de Relación Interpersonal (liderazgo, mando con colaboradores, madurez) y 4. Habilidades de comunicación (escucha, sinceridad, atención, expresión y uso de vocabulario).

Así como un estudio piloto para valorar la utilidad del test psicométrico C.P.I. (Inventario Psicológico California) como otro proceso de selección. Analizó la correlación entre el Resultado Académico, la calificación de la Entrevista y la Calificación del C.P.I.

Este estudio muestra que la calificación de la entrevista no correlaciona con los resultados escolares. Las correlaciones de la entrevista y el C.P.I. son altas y significativas a nivel estadístico ($P < 0.001$), lo cual apoya que la entrevista puede valorar características de personalidad tanto como lo hizo el C.P.I. y este último puede ser usado como proceso de selección, resultando significativas las siguientes escalas: dominio, sociabilidad, autoaceptación, independencia, empatía, conformidad, eficiencia intelectual, orientación del trabajo, liderazgo y autorealización.

Y Peng R. y cols. (1995); buscaban obtener características de personalidad en estudiantes de medicina relacionándola con el Rendimiento Académico. Evaluaron a 101 estudiantes de medicina a través del Cuestionario de Personalidad de Cattell 16PF aplicado al inicio del curso y sus Calificaciones fueron analizadas en relación a las obtenidas al final de los dos primeros años de estudios. El estudio mostró que el Cuestionario de Personalidad 16PF es un instrumento útil para identificar características de personalidad en médicos así como para identificar estudiantes con bajas calificaciones (estudiantes problema) y con altas calificaciones (estudiantes no problema). Las características de personalidad encontradas fueron: entusiastas, aventurados, autocríticos, imaginativos, experimentales; las cuales correlacionaron con un buen desempeño (buenas calificaciones). Los estudiantes con bajas calificaciones son más reservados, emocionalmente menos estables y más agresivos. Por género, los hombres son más alegres, entusiastas y aventurados y las mujeres son más conscientes, suspicaces y socialmente controladoras. También observó que un nivel bajo de ansiedad correlacionó positivamente con buenas calificaciones y niveles de ansiedad altos los presentaban los estudiantes con bajas calificaciones.

En los estudios realizados con médicos que eligen estudiar Pediatría también se han interesado en conocer las características de personalidad de este tipo de estudiantes; así Otis, G. y Weiss, J. en 1973 investigaron la relación que existía entre la preferencia de carrera y las características de personalidad de 152 médicos estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo México. Aplicaron la prueba de personalidad 16 PF de Cattell, el Myers Briggs Type Indicator y siete escalas del Physician Ideology Questionnaire (P.I.Q., no publicado). Reportan 10 patrones de personalidad, en el primer patrón estaban los que elegían estudiar pediatría y fueron descritos como: extrovertidos; socialmente audaces; aptos; resistentes al rigor del trato con la gente y de situaciones emocionales, así como con fluidez verbal; alegres; brillantes; sensibles; en el trabajo con otros ellos quieren participar, ser independientes y tener el consentimiento social; son relajados y están satisfechos con ellos mismos; buscan el dirigir, planear, ordenar y cuidar su vida para ser responsables y conscientes de su trabajo. Su médico "ideal" esta orientado hacia la actividad profesional en comunidad y dan importancia a la empatía y rapport que se establece con los pacientes.

Zeldow, P. y Daugherty, S. (1991), realizaron una investigación para observar la relación entre la personalidad y la elección de especialidad. Aplicaron 10 pruebas psicológicas entre las que se encontraban el Cuestionario de Atributos de Personalidad (Masculinidad-Feminidad), Inventario de Depresión de Beck, dos escalas (Neurotismo-Extroversión) del Inventario de Personalidad de Eysenck, la Escala de Ansiedad Social,

entre otras. Participaron 199 estudiantes de varias especialidades, de los cuales 16 eran de pediatría. Como resultados presentan la relación que existe entre la personalidad y la elección de especialidad. En el caso de los pediatras los describen de la siguiente forma: tienen locus control externo, son entusiastas y buscan ayuda, presentan bajas puntuaciones en competitividad, confidencialidad e independencia. Son más extrovertidos que los demás; presentan baja conciencia pública y están más motivados por la experiencia y preservan su intimidad en las interacciones con otros.

De las pruebas aplicadas, 7 discriminaron significativamente a los pediatras, las escalas fueron: Escala de Autoconciencia (Psc), Extroversión, Locus control, Femenidad (Fem), Masculinidad (Mas), tener un pariente médico (Pdm) y el estatus socioeconómico.

Los autores mencionan que la pediatría es una especialidad que tiene que seguirse estudiando desde la perspectiva psicológica ya que pueden encontrarse predictores de personalidad de los pediatras.

En otros estudios con médicos se ha reportado la presencia de depresión. Zoccolillo, 1988; reporta que la Depresión Mayor es un problema de salud en estudiantes de medicina, internos y residentes, con una prevalencia del 12% durante el primer y segundo año. Observo que la depresión mayor esta asociada con el suicidio, ideación suicida, problemas maritales e inhabilidad en el trabajo, asimismo la prevalencia es más alta que en la población en general y no aceptan, ni reconocen tener depresión.

Lawrance C., y col., 1994; aplicaron la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en cinco periodos durante los dos primeros años de medicina y la escala de Autocontrol del Inventario Psicológico California (C.P.I.) a 324 estudiantes.

Mencionan que la depresión estaba relacionada con altas calificaciones en la escala de autocontrol y problemas de aprendizaje. Los médicos tienen mayor tendencia a reportar síntomas de depresión que la población en general y que las mujeres reportan con mayor frecuencia síntomas depresivos. La depresión es un factor potencial que reduce el bienestar psicológico y los estilos de vida saludables en médicos.

Y Rosal, M. y cols., en 1997 reportan la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la escala de Conducta Tipo A de Batner, la escala de Rasgo-Eñojo y la Escala de Expresión-enojo de Spielberg. En sus resultados observaron que hay un efecto negativo del estrés emocional en los estudiantes, afectando el funcionamiento en la escuela médica y en la práctica; proponen la búsqueda de apoyo y bienestar para la prevención de las consecuencias negativas asociadas con estrés emocional que daña las relaciones escolares y provoca la presencia de problemas maritales, suicidio e incapacidad para trabajar. Reportan que las mujeres califican más alto que los hombres en la escala.

En México los procesos de selección no han sido claramente definidos y han hecho uso de parámetros como la Calificación del Examen de Conocimientos Básicos, Promedio Escolar de la carrera, lugar ocupado en el Examen Nacional de Salud (Viniestra, 1985) y las investigaciones realizadas con médicos se han enfocado a la presencia o ausencia de psicopatología y reportan muy poco sobre los rasgos de personalidad.

En 1976 Rivera, O. y Ampudia, I.; emplearon el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (M.M.P.I.) para clasificar a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., en cinco diferentes grados de psicopatología con el objetivo de enfocar los esfuerzos de ayuda clínica que daba el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina.

En 1984, Rivera J., analiza los perfiles de las generaciones de 1976 y 1984 para establecer criterios más sólidos y confiables para la población mexicana a través de la clasificación de estos perfiles en cinco grados de psicopatología, reportando que el grado I no lo rebaso el 5% de la población y tiende a reducirse el porcentaje a través del tiempo lo cual hace que aumente el número de alumnos clasificados en los grados II y III (Rivera, 1991).

En 1987, De la Fuente, R. y cols., en el informe sobre el Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina mencionan la aplicación del M.M.P.I. a estudiantes médicos de primer ingreso de los años de 1970 a 1976 y 1984 e identificaron a lo estudiantes que requerían ayuda medico-psicológica, a los cuales se les invito a asistir al Departamento de Salud Mental. El M.M.P.I., identifico del 7 al 14% de alumnos que presentaban problemas. Apartir de 1985 también se les aplico el Cuestionario General de Salud-30 (C.G.S.) como parte del examen médico de admisión. Y en 1986, el M.M.P.I., identifico el 3% de psicopatología Grado I y el C.G.S. identifico el 11.50% de psicopatología.

Sin embargo estas investigaciones se centran en el estudiante de primer ingreso a la carrera de medicina. Encontrándose solo tres estudios con médicos aspirantes a una especialidad (incluyendo pediatría) y uno exclusivamente en aspirantes a pediatría.

En 1976, Kladt A., Martha realiza una estandarización del M.M.P.I., en 1410 médicos mexicanos postulantes a la residencia de hospitales del I.S.S.S.T.E. Los perfiles eran considerados normales ya que no tenían que rebasar los límites de normalidad (T 30 y T 70). Obtuvo baremos específicos para esta población, observando que los hombres puntuaban mas altos en las escalas: F, K, 4, 8, 1 y 6 con nivel estadístico significativo la escala 8; las mujeres presentaban calificaciones altas en las escalas: L, 1, 2, 3, 6, 7 y O.

Mientras que Valdés Sánchez en 1981 investiga el perfil característico de rasgos de personalidad de residentes a ingresar a una especialidad medico quirúrgica y medica, buscando determinar si estos rasgos influyen en la elección de especialidad. La muestra fue de 113 médicos varones de los años de 1978 y 1979 de diferentes especialidades en las cuales estaba pediatría. En sus resultados muestra las diferencias que hay en los dos perfiles generales de especialidad médica quirúrgica y médica en donde la escala 9 fue significativa a nivel estadístico y encontrando mayores puntajes en la escala 2 (D, T .64) y en K (T . 61) y menores puntajes en las escalas 6 (Pa, T 50), 0 (Si, T 50) y F (T 53) para las especialidades médico quirúrgicas y en las especialidades médicas puntajes mayores en la escala 2 (D, T 63), 5 (Mf, T 61) y K (T 59); menores puntajes en la escala 6 (Pa, T 50) y 0 (Si, T 50) y diferencias significativas en las escalas 8 (Es) y 9 (Ma) con mayor puntaje que las médico quirúrgicas. En la especialidad de Pediatría reporta la presencia de puntuaciones moderadamente altas en las escalas 5 (Mf, T 64); 2 (D, T 63) y en K (T 61), sin embargo al buscar diferencias con las otras especialidades no encontró diferencias significativas.

Volkow, N. y cols., en 1982 aplicaron una versión corta del M.M.P.I. a estudiantes de pregrado y posgrado (aspirantes a una especialidad). Los resultados demostraron que 168 reactivos daban el 80% de la información en cinco escalas. Los médicos de posgrado presentaban grados bajos de psicopatología, presentando rasgos y estructura de personalidad que los distingue de los estudiantes de pregrado, sustentando que para aspirar a una residencia se necesita un nivel de salud óptimo y básicamente de introspección ya que contestaron la prueba con mayor conciencia pero tratando de dar una buena imagen de salud mental.

En 1980, Gutiérrez y cols., investigan el perfil psicológico del residente en pediatría del Departamento de Salud Mental del Hospital del Niño (D.I.F.) de 1974 a 1979 con un total de 221 perfiles tanto de hombres como de mujeres. La edad fluctuaba de los 24 a 38 años, con una media de 27. Obtuvo medias aritméticas, valores Z y puntajes T para cada escala por sexo para trazar el perfil correspondiente y clasificarlos en los cinco grados de psicopatología propuestos por Rivera J. en 1984. Reporta en sus resultados que el 80% de la población se ubicaba en el Grado I de psicopatología que denota la ausencia de elementos psicopatológicos resultando ser un índice alentador de la estructura de personalidad que integra el perfil psicológico de residente en pediatría.

Una de las grandes atracciones de la profesión médica es que está puede asimilar una gran diversidad de tipos de personalidad. Así se puede observar ciertos factores comunes en los médicos por ejemplo, características de facilidad de palabra, tendencia al orden y al cumplimiento, los que buscan poder y reconocimiento, productividad, individualismo, exigencias egocéntricas, etc. Muchas de las diferencias en el proceso de evaluación y selección de médicos residentes radica en la dificultad de poder establecer objetiva y cuantitativamente los criterios de selección.

En las investigaciones que se han hecho con la población de médicos existen escasos reportes en México sobre las características que integran la personalidad de diferentes especialistas tomando en cuenta que se requiere del conocimiento de características específicas para las funciones que demanda la especialidad. Ya que es de vital importancia, ya que el médico es una figura importante con la que el individuo tiene una relación estrecha a través de su crecimiento y desarrollo (De la Fuente, 1994) y resulta en ocasiones ser la situación donde proyectan su problemática personal.

Como se ha revisado cada vez son más importantes los factores de personalidad del médico que aspira a la residencia, puesto que es el primer contacto con el paciente. El conocer las características de personalidad de los médicos contribuiría no solamente en su propio beneficio sino también en el de las instituciones de salud, contribuyendo a una mejor selección de recursos humanos, tomando en cuenta que los procedimientos empleados para la selección del personal varía de una institución a otra en función de los requerimientos de cada una de ellas, no dando la importancia que merece el factor de personalidad.

CAPITULO III

MÉTODO.

En México los procesos de selección para los médicos que eligen una especialidad no han sido claramente definidos, es por esto que en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" surgió este trabajo al no contar con un sistema de valoración psicométrico ajustado y normado a su población para una adecuada selección de estudiantes desde el punto de vista psicológico. Considerando que es necesario reflexionar que durante el tiempo que permanece en la residencia, no puede renunciar a su personalidad, intereses, sentimientos, etc., y que por tanto, requerirá que su trabajo constituya una forma de realización de sus potencialidades (Arias, 1990). Por el contrario si las labores que desempeña le causan ansiedad, monotonía o simplemente le disgustan, se tendrá un estudiante con pocas posibilidades de desempeñarse óptimamente. Se busca el conocer las características psicológicas de los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica considerando elementos como el Nivel de Depresión, el Estado Emocional, Nivel de Ansiedad y Rasgos de Personalidad principalmente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuáles son las características de personalidad de los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México ?.

OBJETIVO.

1. Conocer las características de personalidad de los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del H.I.M.
- 2 Comparar las características de personalidad de hombres y mujeres aspirantes a cada subespecialidad pediátrica.
3. Evaluar la utilidad de los instrumentos psicológicos que se usaron en la selección de aspirantes para este hospital desde la perspectiva psicológica.

HIPÓTESIS.

1. Ho. No existen características de personalidad comunes en los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del H.I.M.
Hi. Si existen características de personalidad comunes en los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del H.I.M.
2. Ho. No existen diferencias significativas en las características de personalidad de hombres y mujeres aspirantes a cada subespecialidad pediátrica.
Hi. Si existen diferencias significativas en las características de personalidad de hombres y mujeres aspirantes a cada subespecialidad pediátrica.

VARIABLES.

*VARIABLE INDEPENDIENTE. Caracterización Psicológica, ya que pueden tener una variación en cada aspirante y su manipulación es en un grado mínimo: con la presencia o ausencia de estas características.

*VARIABLE DEPENDIENTE. A.Niveles de Depresión, B.Estado Emocional, C.Niveles de Ansiedad y D.Rasgos de Personalidad. Todas pueden tomar cualquier valor y se han seleccionado con el propósito de determinar este valor en la V.I.

DEFINICIONES.

CARACTERIZACION PSICOLÓGICA. Hace referencia al conjunto de características que debe poseer para el desempeño óptimo de las áreas que involucra su acción. Dichas características engloban tanto los elementos adquiridos a través de su profesión así como aquellas que corresponden a la personalidad del mismo.

DEPRESIÓN. Trastorno en el Estado de Animo en el que el individuo se siente abrumado por sensaciones de tristeza, apatía, sentimientos de culpabilidad e inhibición del curso del pensamiento. En grado intenso se presenta en diversas enfermedades mentales.

ESTADO EMOCIONAL. Registro de ausencia o presencia de síntomas que abarcan desde sentimientos generales de malestar hasta sensaciones y pensamientos que indican depresión severa y deseos suicidas.

ANSIEDAD. Estado de tensión intrapsíquico caracterizado por sentimientos de anticipación del peligro, tensión, aprensión y por tendencias a evitar o escaparse de cierto estímulo no claro. Un temor vago.

RASGOS DE PERSONALIDAD. Modos de vivencia y acción que se presentan con cierta persistencia en un individuo, donde las características más generales de los fenómenos psíquicos son constantes y que incluyen aspectos del temperamento, motivación, adaptación, habilidad y valores. Siendo una dimensión continua que vincula dos disposiciones opuestas como introvertido-extrovertido, relajado-tenso; las personas ocupan una posición entre los dos extremos.

DISEÑO.

El diseño fue Preexperimental, ya que el grado de control es mínimo.

El tipo estudio fue:

Retrospectivo. La información se obtuvo anteriormente a la planeación de este estudio y se hizo revisión de la información con la que se contaba y la cual fuera de interés para esta investigación.

Transversal. Se hizo una sola medición en la cual se midieron las características de un grupo en un momento dado, sin pretender evaluar su evolución.

Comparativo. Ya que se cuenta con una sola muestra pero que se quiere comparar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis centrales.

Descriptivo. Al contar con una sola muestra, solo se pretende describir en función de un grupo de variables.

Exploratorio. Ya que el objetivo es examinar un tema de investigación poco estudiado y nos sirve para aumentar u obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa, más rigurosa.

POBLACIÓN

La muestra estuvo conformada por 187 médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"; 103 pertenecían a la generación de 1996 y 84 a 1997, 85 sujetos de sexo femenino y 102 de sexo masculino.

Actualmente el H.I.M., imparte los siguientes cursos de subespecialización, con los cuales se conformo la población de acuerdo con la siguiente distribución conforme el número de sujetos por subespecialidad y año:

SUBESPECIALIDAD	1996	1997
* Alergia	-	5
* Anestesia	16	2
* Cardiología	8	7
* Cirugía Pediátrica	7	5
* Dermatología	-	2
* Endocrinología	5	5
* Gastroenterología	5	5
* Genética	1	-
* Hematología	2	1
* Infectología	6	4
* Med. Enf, Ped.	13	13
* Nefrología	7	3
* Neonatología	9	5
* Neumología	3	4
* Neurocirugía	3	1
* Neurología	6	7
* Oncología	4	7
* Otorinolaringología	2	2
* Patología	3	-
* Reumatología	3	6
	103	84

Todos los sujetos cumplieron los criterios de inclusión:

- a. Haber concluido el proceso de selección, y
- b. Tener una valoración psicológica completa.

INSTRUMENTOS.

A. Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD).

La Escala de Automedición de la Depresión fue creada por los doctores William W. Zung y D.C. Durham; profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos. Se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión como afecto, síntoma o enfermedad; de forma sencilla, lo cual no era posible hasta ese momento.

Esta compuesta de 20 reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos.

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a) Muy pocas veces; b) Algunas veces; c) La mayor parte del tiempo y d) Continuamente (Ver Anexo A).

Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de preguntas y un lápiz, el sujeto contestará según la respuesta que se apegue más a su caso en ese momento. La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponden a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1,2,3 y 4 ó 4,3,2 y 1 dependiendo la puntuación. Se suman las calificaciones y el resultado final se remite a una tabla que convierte la calificación en bruto al índice AMD (Índice de Automedición de la Depresión) y es posible deducir una clasificación final auxiliándose con la siguiente tabla:

	INDICE AMD.
A. Dentro de lo normal, sin psicopatología.	Debajo de 50
B. Presencia de Depresión Mínima.	50 - 59
C. Presencia de Depresión Moderada.	60 - 69
D. Presencia de Depresión Severa.	70 o más.

Confiability y Validez.

En 1945 W.W. Zung y colaboradores (Citado por Suárez, 1988) realizaron un estudio con el objetivo de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa aplicando también el M.M.P.I. como prueba control por ser válida y confiable. El análisis de correlación múltiple se obtuvo a través de la ecuación de regresión, para medir el índice de correlación entre la EAMD y las escalas del M.M.P.I. Se utilizó la correlación Producto-Momento de Pearson de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la D (Depresión) que contiene un valor de $r=0.70$. El análisis de varianza para la escala D del M.M.P.I. diferencia a los grupos depresivos y a los que presentaban reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05; mientras el análisis de los índices de la EAMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01, lo que sugiere que ésta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión.

Nuevamente en 1972, W.W. Zung (Citado por Suárez, 1988) realizó un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados. Como medida objetiva para establecer la depresión fue usado el D.S.I. (Depresión Status Inventory). Se usó la correlación Producto-Momento de Pearson para calcular los datos, así obtuvieron que la correlación entre la escala EAMD y el D.S.I. fue de 0.87. Las correlaciones medias para los diez reactivos pares y para los reactivos nones del D.S.I., fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($P<0.1$).

Lara y Tapia, H. y cols., realizaron en 1976 un estudio en la Cd. de México para adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En este estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el M.M.P.I. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la EAMD es un instrumento que ayuda a la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas.

Knight, R.; Waal-Manning y Spear (1983) reportan un coeficiente de confiabilidad de Cronbach .79 en habitantes de Nueva Zelanda y las mujeres puntúan más alto que los hombres con un nivel significativo de $F=84.73$, $P<0.001$. Asimismo correlacionó el Zung con ambas escalas de IDARE.

Y en 1994, Kitamura, T.; Shima, S.; Sugawara, M. y Toda, M. A.; en una aplicación a 120 mujeres embarazadas en cuatro tiempos diferentes, reportan un punto de corte de 22/23 en las diferentes aplicaciones. El Zung permaneció estable en las cuatro aplicaciones, sin embargo menciona que la validez de este instrumento podría verse afectada por la discapacidad social que presentaron las pacientes durante la primera aplicación ya que fue en el primer trimestre del embarazo y los cambios emocionales que provoca dicho evento.

B. Cuestionario General de Salud.

El Cuestionario General de Salud (C.G.S.) es un instrumento autoaplicable, desarrollado por D. Golberg con el objetivo de evaluar el estado emocional en el momento en que se contesta a través de la presencia o ausencia de síntomas que abarcan desde sentimientos generales de malestar hasta sensaciones y pensamientos que indican depresión severa y deseos suicidas. A través de un punto de corte 7/8 (número de síntomas presentes) se establece un tamizaje entre sujetos "caso" (sujeto que presenta los síntomas suficientes como para requerir atención psicoterapéutica) y "no caso".

Consta de 30 reactivos que deben ser contestados de acuerdo con lo que la persona considere más adecuado. Las preguntas evalúan síntomas físicos hasta llegar a los psiquiátricos. Está constituida de tal manera que las respuestas afirmativas, en ocasiones significan salud y, en otras, enfermedad (Ver Anexo B.). Presenta cuatro alternativas de respuesta:

- A. Mejor que antes.
- B. Igual que antes.
- C. Peor que antes.
- D. Mucho peor que antes.

Confiabilidad y Validez.

La serie de investigaciones efectuadas en México han sido enfocadas a la estandarización y la validación del instrumento. En 1984, Padilla, P. y cols., realizaron un estudio con 501 pacientes de un Centro de Salud de S.S.A. de 14 a 64 años. El objetivo era determinar la validez y estandarizar el C.G.S., como un cuestionario para detectar "casos" psiquiátricos y estimar la frecuencia de trastornos mentales en esta población. Se seleccionó en forma sistemática a uno de cada tres de los pacientes que hubieran obtenido calificación baja (0 a 6), y a todos los pacientes con calificación de 7 ó más, y se le aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.). Su

confiabilidad de calculó a través de coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson. Los resultados oscilaron entre .85 y 1. Así el punto de corte necesario para discriminar entre "caso" y "no caso" es de 7/8 con una sensibilidad de 78.7% y especificidad de 77.1%.

El C.G.S. discriminó efectivamente a los sujetos que presentaban algún tipo de trastorno emocional y puede ser usado en una primera etapa de selección para la identificación de casos psiquiátricos potenciales.

La sensibilidad y especificidad del C.G.S. se aprobó en una población de 18 a 64 años que acudió a la consulta externa de un Hospital General (Medina y cols., 1985). Como criterio de validez externa se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.) y se encontró una frecuencia de trastornos mentales del 34% para esta población. Después a través de un análisis de factores de los datos obtenidos en el estudio se desarrollaron dos versiones breves y escaladas del Cuestionario General de Salud: una con seis escalas y treinta reactivos y otra con cuatro escalas y veintiocho reactivos. Las correlaciones de estas formas abreviadas, con la versión de sesenta reactivos fue de .97 y .94 respectivamente.

Otros estudios también muestran la eficacia del C.G.S. para la detección de trastornos emocionales: Padilla, G., Ezbán, B., Medina-Mora, M., Mas, C. y Campillo, S., 1984 y Caraveo, J., González, C. y Ramos, L., 1985.

En 1987, Romero y Medina-Mora aplican el C.G.S. a estudiantes universitarios mexicanos de la U.N.A.M., para determinar la validez de este en su versión de 28 reactivos y el detectar psicopatología en estos estudiantes. Seleccionaron a 134 estudiantes que presentaran 6 o más puntos positivos y una muestra al azar con menos de 6 puntos, a los que se les aplicó la Entrevista Estandarizada Psiquiátrica de Golberg (E.P.E.). Reportan un coeficiente de +.84 al evaluar la presencia, ausencia y severidad de síntomas con un punto de corte de 5/6. Obtuvieron una correlación de +.90 con la versión original.

Y en 1994, Kitamura et al., reportan un punto de corte de 7/8 en mujeres embarazadas con un incremento de un punto después de un mes del nacimiento.

C. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

El Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Rasgo-Estado fue desarrollado por C.D. Spielberg.; A. Martínez-Urrutia; F. González; L. Natalicio y R. Díaz G.

Esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. la llamada Ansiedad Rasgo (SXR) y 2. la llamada Ansiedad Estado (SXE). Cada escala contiene 20 reactivos en la que se pide al sujeto describir cómo se siente generalmente para la escala de rasgo y que indiquen cómo se sienten en un momento dado para la escala de estado.

La escala A-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes a nivel profesional que sean propensos a la ansiedad y para evaluar el grado en que son afectados por los problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada en un estado de tensión (p.e., la valoración psicológica, un examen, etc). Las personas que difieren en A-Rasgo y no en A-Estado dependen del grado en que la situación concreta es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y esto influye de manera considerable por la experiencia pasada de un individuo.

Es una escala autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo, las instrucciones están impresas en el protocolo. El inventario no tiene límite de tiempo. Primero se aplica la escala de A-Estado y enseguida la escala de A-Rasgo.

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. La dispersión de posibles puntuaciones para IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80; en la escala de A-Estado el punto de corte es de 48 puntos (puntaje en bruto) y en la escala A-Rasgo es de 53 puntos (puntaje en bruto). Tomando las puntuaciones en bruto y convirtiéndolos en puntuaciones T para estudiantes universitarios de primer grado, según la escala estado o rasgo. Se considera una puntuación normal para la escala A-Estado de 40 puntos (puntajes normalizados T) donde el sujeto hace un buen manejo de su ansiedad en un momento determinado y una puntuación máxima de 43 puntos (puntajes normalizados T) en la escala A-Rasgo para indicar que no existe ansiedad patológica que pudiera estar afectando considerablemente al sujeto.

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son. 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre (Ver Anexo C.).

Algunos de los reactivos del IDARE (p.e. "estoy tenso") se formularon de tal manera que una valoración de 4 indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos (p.e. "me siento bien") se formularon de tal manera, que una valoración alta indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas es 1,2,3 y 4, en el caso de los reactivos inversos viene a ser 4,3,2 y 1 respectivamente.

Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

Confiability y Validez.

La confiabilidad se ha calculado a través de la aplicación Test-Retest en estudiantes de la Universidad Estatal de Florida. En una muestra de 982 estudiantes graduados y 484 estudiantes no graduados; en 377 estudiantes de bachillerato de la escuela de Bachilleres de Long Beach, Nueva York y con pacientes neuropsiquiátricos, pacientes de medicina general de diversos hospitales de E.U. y con reclusos jóvenes del Federal Correctional Institución de Tallahassee, Florida.

Se obtuvieron puntuaciones T (Puntuaciones Normalizadas) con una media estadística de 50 y una desviación estándar de 10 así como Rangos Percentilares. Los coeficientes alfa (Cronbach) para los estudiantes graduados mujeres fueron de .86 (A-Rasgo) y .86 (A-Estado); para los hombres fue de .89 (A-Rasgo) y .89 (A-Estado). En estudiantes no graduados mujeres se obtuvieron valores de .89 (A-Rasgo) y .89 (A-Estado) y para los hombres fue de .90 (A-Rasgo) y .89 (A-Estado) y finalmente para los estudiantes de bachillerato mujeres de .92 (A-Rasgo) y .86 (A-Estado) y para los hombres .89 (A-Rasgo) y .92 (A-Estado). Observando datos óptimos para la medición de ansiedad en Estado y en Rasgo por este instrumento.

La validez se calculó mediante la correlación de la escala A-Rasgo con la escala IPAT, la escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) y la Lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (AACL). En una muestra de 126 mujeres universitarias, 8 varones universitarios 68

pacientes. La validez obtuvo valores de .86 en mujeres; .80 en hombres y .52 en pacientes, lo que muestra un nivel moderado de correlación. Mientras que la escala A-Estado se correlacionó en una muestra de 197 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida.

La escala se aplicó bajo cuatro diferentes situaciones: 1. después de ver una película cuyo contenido provocaba ansiedad; 2. después de la realización de un examen; 3. en estado normal (sin situación experimental) y 4. después de haber realizado un ejercicio de relajación. Encontrando valores de .83 a .93 en las mujeres y de .89 a .94 en hombres.

Dando a este instrumento datos estadísticos para la aplicación como una técnica psicométrica que mide ansiedad en sus dos dimensiones Rasgo-Estado.

En 1983, Knight et al., aplicaron el IDARE a 1173 sujetos de Nueva Zelanda donde reportan un coeficiente alfa de Cronbach de .93 para la escala de A-estado y .87 para la escala de A-rasgo, se encontraron relaciones significativas entre la edad y la calificación total de ambas escalas de -0.04 ($P < 0.10$) para A-estado y -0.08 ($P < 0.10$) para A-rasgo. Asimismo fue aplicada la escala de automejoría de la depresión de Zung y reportan que ambas escalas correlacionaron significativamente con 0.54, A-estado y 0.70, A-rasgo con un nivel de significancia $P < 0.001$.

Virella, Basilisa en 1994 reporta que el IDARE presenta una consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach) de .91 (hombres) y .92 (mujeres) en la escala de A-estado; y .86 (hombres-mujeres) para la escala de A-rasgo y menciona que son consistentes con lo que reporta Díaz-Guerrero (1975). Realiza un análisis de factores del IDARE. Dicha investigación se llevó a cabo con 407 estudiantes no graduados de la Universidad de Puerto Rico.

En México; Arias Galicia (1988) realiza tres experimentos con grupos de estudiantes universitarios mexicanos pertenecientes a la Facultad de Contaduría y Administración de la U.N.A.M. donde aplicó el IDARE bajo tres situaciones diferentes en donde se les explicaba que realizarían un examen, pero que primero deberían de contestar un inventario una mitad del grupo y a la otra mitad, se platicaba con ellos de forma que resultara ser una situación agradable y se les pedía que contestarán el inventario.

Los coeficientes de confiabilidad que reporta oscilan entre .74 a .92 en A-estado y .82 a .91 en A-rasgo. Considerando que el IDARE es una prueba válida.

Asimismo en 1990 junto con Torres, R.; realizan otra investigación en cuatro países latinoamericanos y reporta los resultados para México. La población fue 780 trabajadores de diferentes empresas y mujeres que trabajaban, que únicamente se dedicaban a su hogar y un grupo de vivía en Queretaro. Reportando coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach y validez de constructo en ambas escalas tanto para México como para los otros tres países.

Morales C. y González G., 1990 realizaron un estudio para ajustar las normas del IDARE para una población obstétrica de 109 mujeres con un embarazo de curso normal del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) para la detección de sujeto "caso" para dar una intervención oportuna. Utilizaron la técnica Test-Retest cuyo intervalo mínimo fue de tres meses. Los resultados muestran una diferencia de cinco puntos en la dimensión Estado y de seis puntos en el de Rasgo, lo que indica que con un menor puntaje en bruto de A-Estado: 43 y en A-Rasgo: 47, las pacientes alcanzan el punto de corte para la detección de ansiedad. Confirmando la validez y confiabilidad de este instrumento para la medición de ansiedad.

D. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.).

Creado por Starke R. Hathaway (psicólogo) y J.C. McKinley (neuropsiquiatra) en el año de 1939. El M.M.P.I., proporciona una evaluación objetiva de algunas de las principales características de personalidad que afectan la adaptación individual y social. Consta de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas que incluyen una gran variedad de temas: actitudes escolares, religiosas, políticas y sexuales; preguntas sobre educación, ocupación y familia; síntomas psicósomáticos; desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos y compulsivos; ilusiones, alucinaciones, fobias, etc.

Al dar respuesta a 566 reactivos, un individuo se describe a sí mismo en una situación controlada. Tales respuestas pueden compararse con la media estadística y con la desviación estándar del grupo al que pertenece el individuo así como con sus propios puntajes. Esto da lugar a que la prueba adquiera, importantes características psicométricas que la hacen uno de los instrumentos más firmes, dentro del conjunto de técnicas que evalúan la personalidad (Rivera, 1991).

Las frases del inventario se dividen en tres categorías para respuesta: Cierto, Falso y No puedo decir (Ver Anexo D.). El sujeto puede identificar el mayor número posible de frases como ciertas o falsas con respecto a sí mismo y hacer la anotación correspondiente en la hoja de respuestas. Después de que el sujeto ha respondido al mayor número posible de frases se cuentan sus contestaciones para obtener la puntuación de las nueve escalas clínicas y de las cuatro escalas de validez.

La calificación de escalas clínicas y de validez se realiza por medio de un juego de 13 plantillas a través de las cuales se observan las marcas hechas por el sujeto en la hoja de respuesta. Una vez obtenidas las puntuaciones para las diferentes escalas de acuerdo con las mismas se traza un diagrama en la hoja de perfil (Ver reverso Anexo D.). La descripción de las escalas es la siguiente y se a considerado como puntuación alta por arriba de T60 y puntuación baja de T40, y puntuaciones normales entre T40 y T60 observándose esto a través del diagrama:

A. ESCALAS DE VALIDEZ, refiriéndose a la propiedad de la aplicación o a la aceptabilidad de cada una de las aplicaciones del instrumento. Las escalas son 4 (L, F, K) siendo indicadores de validez, representan comprobaciones sobre el descuido, la incomprensión, el fingimiento y las actitudes que adopta el examinado al contestar el inventario. Estas actitudes están basadas en el grado de conformidad con el grupo en la socialización y en el estado de salud mental del sujeto.

? *Escala de Frases Omitidas*. Es la integrada por las frases que el examinado no contesta. La cantidad de frases sin contestación afecta las demás escalas y cuando es muy alta inválida las otras.

Escala L. Evalúa el grado de franqueza del examinado durante la aplicación. Refleja la intención de causar buena impresión y de negar sus faltas, convencionalismo, rigidez y sobrevaloración de uno mismo. También características neuróticas como exagerado uso de defensas, falta de comprensión de sus propios problemas. Consta de 15 reactivos y el puntaje bruto normal es de 3 a 5.

Escala F. Se utiliza como una forma de evaluar la validez total del instrumento. Los sujetos obtienen una puntuación normal de 3 a 7. Se puede decir que una puntuación alta se debe a perturbaciones emocionales. Las puntuaciones bajas se encuentran en personas caracterizadas por su sinceridad, moderación, honradez, que son confiables, calmadas, pacientes, vivaces y modestas. En tanto que una puntuación alta son arrogantes, presumidas, oportunistas, inquietas, inestables, constantemente insatisfechas, rebeldes y eternamente inconformes.

Escala K. Opera como índice de ciertas actitudes defensivas y exhibicionismo psicológico. Las personas con puntuación alta son descritas como emprendedoras, dinámicas, ingeniosas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa y versátiles. En cambio, una puntuación baja caracteriza a los sujetos desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos, con personalidad desorganizada y con un concepto pobre de sí mismo.

B. ESCALAS CLINICAS:

1. *Hs (Hipocondriasis)*. Representa una medida del interés anormal del sujeto acerca de sus funciones corporales. Altas puntuaciones indican cansancio, inactividad, letargo, tendencia a sentirse enfermos, insatisfechos, derrotistas y pesimistas. Las puntuaciones bajas en esta escala se encuentran en personas que tienen muy poca o ninguna preocupación somática. Consta de 33 frases.

2. *D (Depresión)*. Mide el grado o profundidad del conjunto de síntomas clínicos de la depresión, es posible encontrar estados emocionales momentáneos y pasajeros. Una puntuación alta esta integrada por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, se preocupan demasiado, son emotivas, de temperamento nervioso y sentimentales. Las puntuaciones bajas indican ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismos, energía, estabilidad, sentido del humor, comunicación y espontaneidad. Consta de 60 frases.

3. *Hi (Histeria)*. Uso de defensas neuróticas propias de la histeria de conversión, utilizan síntomas físicos como un medio de resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades. Una puntuación alta caracteriza a sujetos por ser idealistas, ingenuos, perseverantes, sociales, afectuosos, infantiles, impacientes, inhibidos, accesibles y colaboradores en actividades sociales. Puntuación baja indica personas que son generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladores, pacíficos. Restringidos y no les interesa la vida social y agitada.

4. *Dp (Desviación Psicopática)*. Mide las características de la personalidad del subgrupo de personas anormales y antisociales con cuadros patológicos de la estructura de su personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar. Una puntuación alta indica rebeldía, cinismo, desobedientes, agresivos con las mujeres, egoistas, entusiastas, francos e individualistas. Una puntuación baja es característica de personas convencionales y con pocos intereses, sumisas, complacientes, aceptan la autoridad, tienen buen temperamento, persistentes y tienen metas adecuadas, son personas agradables, un poco tímidas, sinceras y confiables. Consta de 50 frases.

5. *Mf (Masculinidad y Femenidad)*. Obtiene respuestas relacionadas con intereses propios de los hombres o de las mujeres. Las frases están referidas a la sensibilidad personal y emocional, la identificación sexual, el altruismo, las preocupaciones del sexo femenino y la negación o rechazo a ocupaciones masculinas. También se refiere a intereses, pasatiempos, actividades sociales y religiosas, relaciones familiares y miedos. Una puntuación alta en hombres implica pasividad y dependencia, en tanto que en las mujeres se refiere a características dominantes. Puntuación baja en mujeres es un índice de modestia, idealismo, sentido común; en hombres denota independencia y masculinidad, implica también conducta atrevida, activa y tosca. Consta de 60 frases.

6. *Pa (Paranoia)*. Evalúa el patrón clínico de la paranoia, cuyos síntomas clásicos son: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, sentimientos o ideas de persecución, delirio de grandeza y

percepciones inadecuadas. Una puntuación alta indica que la persona es perfeccionista, difícil de conocer, terca, emotiva, sensible en sus relaciones interpersonales y dados a preocuparse de lo que otros puedan opinar de ellos. Son amables, afectuosos y generosos. Con puntuación baja los sujetos son equilibrados, serios, maduros, razonables, confiables e íntegros. Consta de 40 frases.

7. *Pt (Psicasteria)*. Evalúa el síndrome obsesivo-compulsivo. Sus características incluyen, reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas, dudas excesivas, dificultad para decidir, temores, preocupación, actos compulsivos, ritualistas y perfeccionistas. Una puntuación alta indica que la persona es dependiente, sentimental, deseoso de agradar, con sentimientos de inferioridad, tranquilos y de buen temperamento aunque individualistas e insatisfechos. Una puntuación baja se observa en sujetos que no tienen tendencia a preocuparse. Consta de 48 frases.

8. *Es (Esquizofrenia)*. Rasgos característicos como la incongruencia de afecto, pensamientos fraccionados, contenido extraño, poco interés por el medio, aislamiento emocional, relaciones interpersonales inadecuadas, apatía e indiferencia. El sujeto normal es difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño y con poco talento social. La puntuación baja se observa en personas equilibradas, productivas, sumisas, convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas. Consta de 78 reactivos.

9. *Ma (Manía)*. Se caracteriza por hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas, elación inestable, insomnio y actitud de desconfianza. Puntuación alta en esta escala indica que la persona es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean. Las personas con puntuación baja son modestas, convencionales, aisladas y humildes, predice conducta adecuada. Consta de 46 frases.

0. *Is (Introversión Social)*. Las puntuaciones altas en esta escala indican la tendencia a la introversión y las puntuaciones bajas se relacionan con la extroversión. Las personas con puntuaciones elevadas son apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas, inflexibles, controladoras, inhibidas y desconfiadas. Con puntuación baja es versátil y sociable. La mujer es entusiasta, conservadora, segura de sí misma y atrevida. El hombre es colorido, expresivo, efervescente y exhibicionista. En sus relaciones son competitivos, de gran iniciativa, activos, oportunistas, manipuladores, agresivos y hostiles. Generalmente no toleran la frustración y despiertan hostilidad en sus relaciones. Consta de 70 reactivos.

Confiabilidad y Validez.

Hathaway y McKinley (1942,1944) aplicaron el M.M.P.I. a 47 pacientes normales no seleccionados, obteniendo coeficientes de .71 a .83 en seis escalas. El M.M.P.I. se aplicó en la forma Test-Retest con un intervalo de tres días a más de un año cada una. Cottle (1950) con la aplicación Test-Retest en sujetos no seleccionados normales en una primera aplicación individual y la segunda en grupo (con una diferencia de una semana) reporta coeficientes que fluctúan entre .72 a .91 para las nueve escalas clínicas y .46 a .76 en las escalas de validez.

En México las investigaciones con estudiantes de medicina se han centrado básicamente en la detección de psicopatología, reportando datos favorables de este instrumento realizados por Rivera, O.; Ampudia, y cols. (1976,1978 y 1984) y reportados por De la Fuente et. al. 1982 y Volkow et al., 1987.

En 1984, Rivera J., compara los datos normativos de dos generaciones de estudiantes de una facultad de la U.N.A.M. de 1976 y 1984; con los datos normativos de la población

estadounidense que sirvieron de base para la estandarización del M.M.P.I., con el objetivo de establecer un criterio más sólido, desde el punto de vista cuantitativo, para hacer más confiables los datos. De esta forma, se tratarán de evitar dificultades transculturales en la interpretación de este inventario. Fue aplicado a 6980 alumnos de primer ingreso a una facultad de la UNAM en cuatro generaciones 1970, 1971, 1976 y 1984) de los cuales 5011 fueron hombre y 1969 mujeres. Para las diferencias entre las medias estadísticas de las dos poblaciones de estudiantes mexicanos y población estadounidense se aplicó la fórmula del Intervalo de Confianza para diferencias entre medias. De los resultados se observaron diferencias en las medias de dos poblaciones universitarias y las medias de la población estadounidense. Para la generación 1976 y las normas estadounidenses se encontraron diferencias significativas al 0.05 para las escalas: D, Hs, Dp, Mf, Pt, Es e Is; tanto para el grupo de hombres como para las mujeres. Entre la generación de 1984 y la población estadounidense también se encontraron diferencias significativas al 0.05 para las mismas escalas tanto para hombres como para mujeres. Los casos de psicopatología severa (Grado I) no rebasaron el 5%. Así el porcentaje de alumnos clasificados en los grados I y II tiende a reducirse con el tiempo, aumentando el número de alumnos clasificados en los grados tres y cuatro. El M.M.P.I. es un instrumento adecuado para detectar a sujetos en riesgo de una población con las características de los grupos universitarios. Actualmente se está llevando a cabo un estudio para obtener datos de otras poblaciones mexicanas con el fin de establecer una o varias normas para diferentes grupos además de las ya establecidas para los estudiantes universitarios mexicanos.

PROCEDIMIENTO.

A. Se obtuvieron todas las valoraciones psicológicas realizadas a los médicos aspirantes a una subespecialidad pediátrica de 1996 y 1997; tomando en cuenta sólo aquellas que cumplieran los criterios de inclusión.

B. Se codificarón los datos personales, características sociodemográficas y los puntajes obtenidos en cada una de las pruebas psicológicas por sexo y tipo de subespecialidad.

C. Se llevó a cabo el análisis estadístico para la interpretación, redacción y presentación de resultados.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

Para la presentación de resultados se calcularon medias aritméticas (X), desviaciones estandard (DS), frecuencias (f) y porcentajes (%) para las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y origen) y para las calificaciones de las pruebas psicológicas. Los resultados se presentan como muestra total, grupo de mujeres y grupo de hombres.

Se calculó t-student para muestras independientes para N diferentes con el objetivo de encontrar diferencias entre los rasgos de personalidad (M.M.P.I.) de mujeres y hombres de la muestra total, y la prueba de U de Mann-Whitney para grupos independientes con N pequeñas para encontrar diferencias entre mujeres y hombres por subespecialidad tomando en cuenta aquellas que cubrieran un mínimo de 10 sujetos, dando un total de 11 subespecialidades con 21 perfiles generales de mujeres y hombres que fueron clasificados según el grado de psicopatología propuesto por Ofelia Rivera y cols., en 1991.

Una vez realizado el cómputo y tratamiento estadístico de los datos obtenidos, los resultados fueron los siguientes:

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Edad:

Se obtuvo una media de 29.7 (30) años con una desviación estandard de 2.97 (3) años para la muestra total de 187 sujetos aspirantes a una subespecialidad pediátrica.

2. Sexo:

Se presentaron 85 mujeres (45.5%) y 102 hombres (54.5%), dando un total de 187 aspirantes.

Tabla No. 1

Muestra la frecuencia (f) y porcentaje (%) de la prevalencia de sexo en la muestra total de 187 sujetos.

	Femenino	Masculino
f	85	102
%	45.5	54.5

3. Estado Civil:

Se presenta de la siguiente manera: 116 eran solteros (62%), 66 casados (35.5%), 4 divorciados (2.1%) y solo 1 vivía en unión libre (.5%).

Tabla No. 2

Frecuencia (f) y porcentajes (%) del estado civil de la muestra total de 187 sujetos.

	Soltero	Casado	Divorciado	Unión Libre
f	116	66	4	1
%	62	35.3	2.1	.5

4. Origen:

Se presento la siguiente distribución: 104 provenían de diferentes estados de la república (55.6%), 51 vivían en el D.F. (27.3%) y 32 provenían del extranjero (17.1%).

Tabla No. 3

Frecuencias (f) y porcentajes (%) del origen de la muestra total de 187 sujetos.

	D.F.	Provincia	Extranjero
f	51	104	32
%	27.3	55.6	17.1

II. PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

Los resultados se presentan por prueba psicológica en el orden de presentación en instrumentos (Cap. III).

Cabe mencionar que en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), Cuestionario General de Salud (C.G.S.) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) no mostraron resultados significativos, por lo cual sólo se presentan los resultados generales de la muestra total, grupo de mujeres y grupo de hombres.

1. Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) Nivel de Depresión.

Para la muestra total (187) se obtiene un puntaje medio de 26 (25.68) equivalente a el Índice de Automedición de la Depresión (AMD) de 33 que se ubica dentro de lo normal sin psicopatología.

En esta misma escala para el grupo de mujeres (n=85) se obtiene un puntaje medio de 26 (26.44) equivalente a AMD de 33 que se ubica dentro de lo normal sin psicopatología.

Para el grupo de hombres (n=102) se obtiene un puntaje medio de 25 (25.05) equivalente a AMD de 31 que se ubica dentro de lo normal sin psicopatología.

Estos resultados sugieren que los aspirantes no reportan la presencia de síntomas depresivos.

Tabla No. 4

Medias aritméticas y desviaciones estandar obtenidas en la muestra total (187 sujetos), grupo de mujeres (85) y grupo de hombres (102).

	Media Aritmética	Desviación Estandard
Muestra Total	25.68	7.24
Mujeres	26.44	5.18
Hombres	25.05	8.57

**B. Cuestionario General de Salud (C.G.S.)
Estado Emocional.**

A. 163 (87.2%) aspirantes obtienen puntaje de 0, 18 (9.6%) obtienen un puntaje de 1, 3 (1.6%) obtienen un puntaje de 2, 1 (.5%) obtiene puntaje de 4, 1 (.5%) obtiene un puntaje de 5 y 1 (.5%) obtiene un puntaje de 6.

Tabla No. 5

Frecuencias (f) y porcentajes (%) obtenidos según el puntaje de respuesta (0,1,2,4,5 y 6) en el Cuestionario General de Salud para las columna 3 (C3), 4 (C4) y columna total (CT) para la muestra total de 187 sujetos.

C3						
No. de Resp.	0	1	2	4	5	6
f	166	15	3	1	1	1
%	88.8	8.0	1.6	.5	.5	.5
C4						
f	185	2				
%	98.9	1.1				
CT						
f	163	18	3	1	1	1
%	87.2	9.6	1.6	.5	.5	.5

B. Para el grupo de mujeres: 76 (89.4%) obtienen un puntaje de 0, 5 (5.9%) obtiene un puntaje de 1, 1 (.5%) obtiene un puntaje de 2, 1 (.5%) obtiene un puntaje de 4, 1 (.5%) obtiene un puntaje de 5 y 1 (.5%) obtiene un puntaje de 6.

Tabla No. 6

Frecuencias (f) y porcentajes (%) obtenidos según el puntaje respuestas (0,1,2,4,5 y 6) en el C.G.S., para la columna 3 (C3), 4 (C4) y columna total (CT) para el grupo de mujeres (85 sujetos)

C3						
No. de Resp.	0	1	2	4	5	6
f	78	3	1	1	1	1
%	91.8	3.5	1.2	1.2	1.2	1.2
C4						
f	84	1				
%	98.8	1.2				
CT						
f	76	5	1	1	1	1
%	89.4	5.9	1.2	1.2	1.2	1.2

C. Para el grupo de hombres: 87 (85.3%) obtienen una puntuación de 0, 13 (12.7%) obtienen un puntaje de 1 y 2 (2%) obtiene un puntaje de 2.

Tabla No. 7

Frecuencias (f) y porcentajes (%) obtenidos según el puntaje de respuesta (0,1 y 2) del C.G.S., para la columna 3 (C3), 4 (C4) y columna total (CT) para el grupo de hombres (102).

C3			
No. de Resp.	0	1	2
f	88	12	2
%	86.3	11.8	2
C4			
f	101	1	
%	99	1	
CT			
f	87	13	2
%	85.3	12.7	2

Se observa que ningún aspirante presenta el puntaje necesario de 7/8 para considerarse "caso", lo cual sugiere que esta población no presenta síntomas de malestar psicológico.

**C. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
Nivel de Ansiedad.**

Para la muestra total se obtiene un puntaje medio de 30 (29.95) en la escala de Ansiedad-estado y un puntaje de 28 (27.66) para la escala de Ansiedad-rasgo.

El grupo de mujeres obtiene un puntaje medio de 30 (30.11) en la escala Ansiedad-estado y 28 (27.68) para la escala de Ansiedad-rasgo. Ambos puntajes se convierten en puntuaciones T para universitarios graduados de primer año de acuerdo al sexo y las mujeres obtienen un puntaje T de 39 para la escala Ansiedad-estado y 36 para la escala de Ansiedad-rasgo.

El grupo de hombres obtiene puntajes medios de 30 (29.81) para la escala de Ansiedad-estado y 28 (27.94) para la escala de Ansiedad-estado equivalentes a puntajes T de 34 en la escala Ansiedad-estado y 37 en la escala de Ansiedad-rasgo.

Tabla No. 8

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones en la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado para la muestra total (187), mujeres (85) y hombres (102).

	Media Aritmética		Desviación Estandard	
	SXE	SXR	SXE	SXR
Muestra Total	29.95	27.68	7.74	6.75
Mujeres	30.11	27.68	7.98	6.83
Hombres	29.81	27.94	7.58	6.70

De acuerdo con estos resultados se observa que no presentan ansiedad patológica ya que el puntaje T necesario es de 43 en la escala de Ansiedad-rasgo; y hacen buen manejo de su ansiedad ante situaciones que les causan estrés ya que el puntaje T necesario es de 40 para la escala de Ansiedad-estado y de estos resultados ninguno alcanza este puntaje.

**D. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (M.M.P.I.)
Rasgos de Personalidad.**

Para esta prueba psicológica la media aritmética y desviación estandar contienen la suma del Factor K, se presenta la tabla, perfil y el resumen de la interpretación correspondiente a cada subespecialidad.

1. Perfil General de Mujeres aspirantes a una subespecialidad

Tabla No. 9

Medias aritméticas y desviaciones estandar obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo total de mujeres (85).

Escala	Media Aritmética	Desviación Estandar
L	7.49	2.92
F	2.19	2.43
K	20.27	4.55
Hs	13.59	3.49
D	21.00	4.00
Hi	22.66	7.69
Dp	21.51	4.06
Mf	31.84	5.18
Pa	8.99	2.27
Pt	5.47	4.78
Es	24.98	4.61
Ma	18.60	4.38
Is	21.38	6.46

Resumen:**CLAVE (5)349826170; K,L,F.**

Este grupo busca dar una buena imagen, mostrándose convencionalmente ajustadas, consideran no tener problemas y cuentan con la capacidad de resolverlos cuando estos se les presentan.

Son personas que se muestran optimistas, dinámicas y emprendedoras generalmente, pero pueden estar por momentos molestas e inseguras. Son flexibles, alertas y sensibles a lo que sucede a su alrededor y en sus relaciones interpersonales son superficiales ya que buscan la aceptación y afecto de los demás sin que ellas puedan comprometerse afectivamente y esta aceptación que reciben puede llevarlas a crear una dependencia hacia estas personas. Aparentan ser firmes, seguras y autosuficientes en sus actividades, lo que les impide solicitar ayuda en caso de necesitarla debido a la negación de problemas.

Buscan la satisfacción de sus necesidades y demandas de forma inmediata provocando en ocasiones problemas en sus relaciones interpersonales y en su medio ambiente, al no ser cubiertas sus demandas provoca que se aíslen y busquen por sus propios medios el cumplimiento de sus metas. Trabajan bien bajo presión en relación a la cantidad y disminuyendo la calidad de este.

Son extrovertidas, preocupadas por el ambiente y lo que sucede en él, su comunicación con los demás es superficial.

Destaca la necesidad de hacer compatibles, la búsqueda de aceptación, cariño y reconocimiento de los demás y la manifestación de algunos aspectos impulsivos, pero esto se rige por la aceptación y reconocimiento para evitar el rechazo abierto dependiendo de su capacidad intelectual para conseguir el ajuste a la situación.

Se ubican en el Grado 4 de psicopatología que equivale a la ausencia de elementos psicopatológicos.

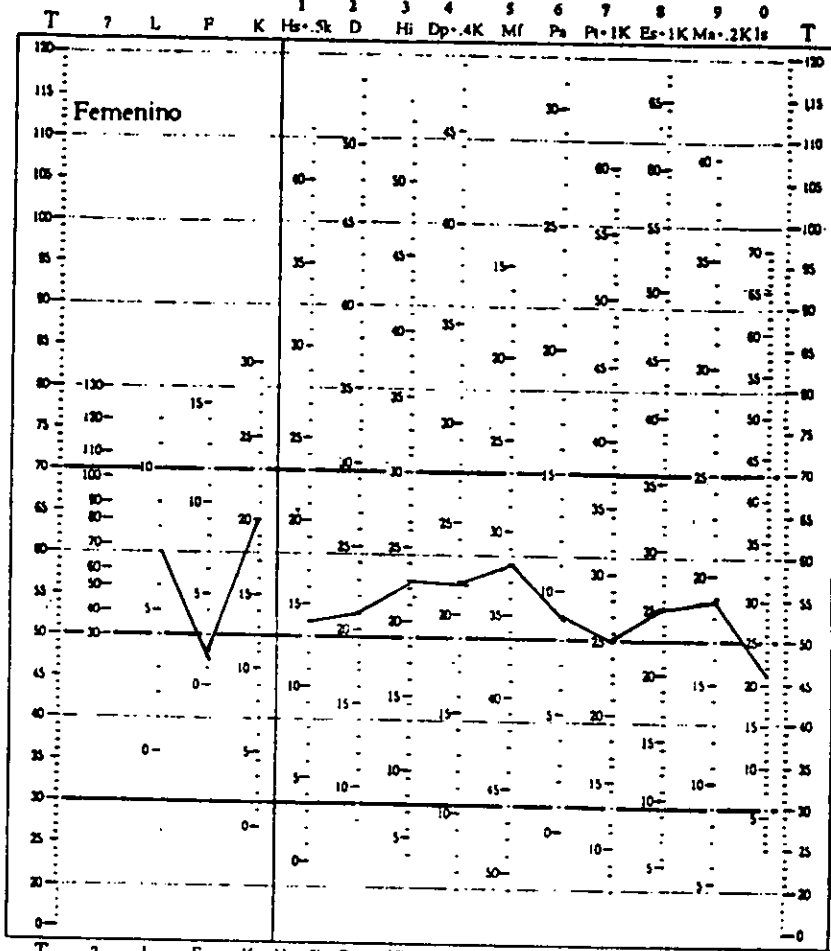
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 1:

PERFIL GENERAL MUJERES

(5)349826170;K,L,F.

N= 85



Puntuación	T	7	L	F	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T	
bruta		7	2	20		21	23		32	9	7	8	9	0	21							
Puntuación corregida						14			22			25	25		19							

2. Perfil General de Hombres aspirantes a una subespecialidad

Tabla No. 10

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo total de hombres (102).

Escala	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.67	2.89
F	2.75	2.68
K	19.95	5.05
Hs	13.42	4.01
D	20.05	4.73
Hi	21.21	4.74
Dp	21.29	5.30
Mf	24.77	5.32
Pa	8.40	2.37
Pt	25.95	4.94
Es	25.17	6.46
Ma	19.62	4.92
Is	20.81	6.60

Resumen:**CLAVE (5)293748160; K, L, F.**

Este grupo busca dar una buena imagen apegada a aspectos sociales deseables, no presentan problemas significativos y cuentan con la capacidad para resolverlos en caso de que se les presenten.

Son dinámicos y cuentan con la energía para alcanzar sus metas y objetivos, aunque debido a su energía pueden cambiar rápidamente de actividad y no terminar alguna. Son inseguros ante situaciones que les provoquen problemas y se muestran ante estos tristes. Sus relaciones interpersonales son superficiales bien integradas que dependen de la aprobación social de los demás lo cual funciona para controlar sus impulsos agresivos ya que prefiere reprimirse por el temor a ser rechazado y da una imagen de ser frágil, pero solo lo hace para obtener y reforzar el reconocimiento, aceptación y cariño de los demás.

Cuentan con la capacidad de darse cuenta de sus problemas, los cuales pueden afligirlo provocando que se muestre desconfiado y con falta de motivación, es autocrítico y puede reconocer sus errores y aciertos.

Su nivel de angustia es moderado, lo cual le permite trabajar bajo presión y dar respuestas acertivas en situaciones que requieren una rápida solución.

Se muestra aparentemente sociable, extrovertido, interesado en lo que sucede a su alrededor y comportándose convencionalmente ajustado a la situación social en la que este involucrado.

En este perfil destaca el interés por muchas actividades que lleva a cabo y va seguido de lagunas características depresivas, como inseguridad y pesimismo; sobre todo cuando se da cuenta que sus objetivos no los ha logrado y su inseguridad y pesimismo pueden controlar la situación en que se encuentre.

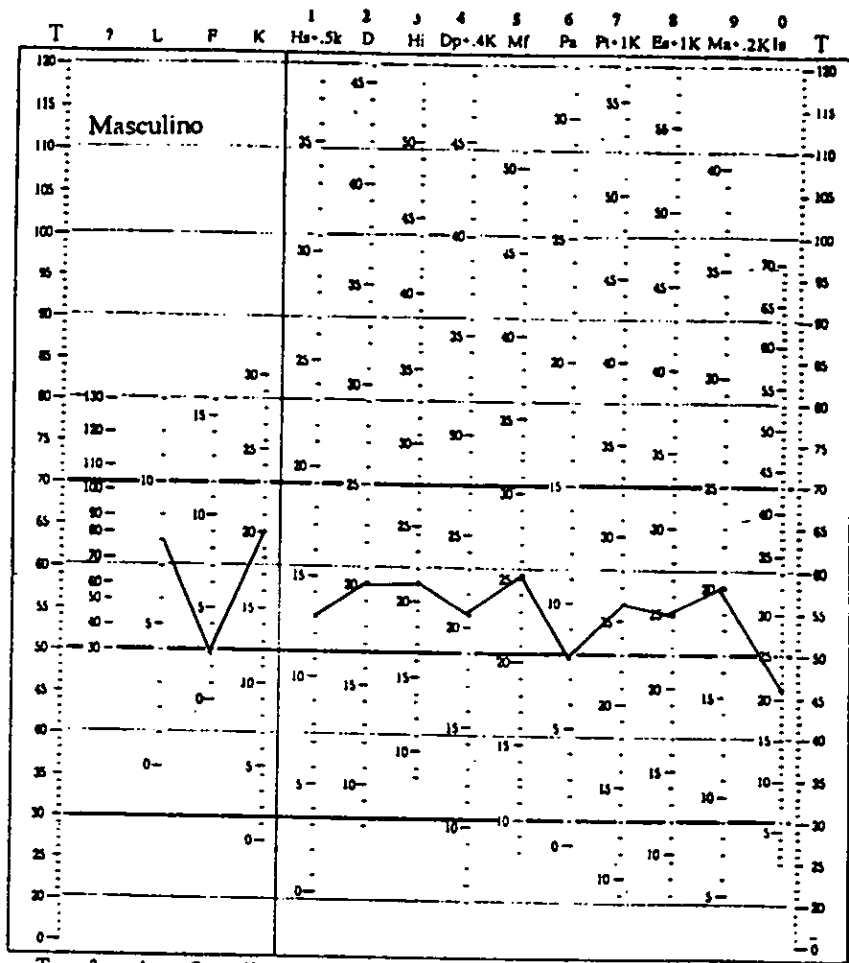
Se ubican en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 2

PERFIL GENERAL HOMBRES

(5)293748160; K, L, P. N= 102



	T	? L	P	K	Hs	Sk	D	Hi	Dp	4K	Mf	Pa	Pt	1K	Es	1K	Ma	2K	Is	T
Puntuación bruta		8	3	20	1		20	21	4	25	8		7	8					21	
Puntuación corregida				K	13			21					26	25		20				

3. Perfil Femenino y Masculino de Anestesia.

Tabla No. 11

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 6) y hombres (n 13) de la subespecialidad de:

ANESTESIA.

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	6.67	3.56	7.38	3.25
F	1.17	1.47	2.62	2.18
K	21.00	4.00	19.08	5.17
Hs	13.50	3.67	13.38	2.79
D	23.17	3.60	21.46	3.55
Hi	20.67	5.43	20.00	3.72
Dp	21.83	3.06	21.85	3.51
Mf	30.33	2.42	24.92	3.97
Pa	8.00	3.03	8.08	2.24
Pt	25.50	2.59	25.85	2.97
Es	24.67	3.27	24.77	4.15
Ma	18.33	2.73	18.69	5.74
Is	22.00	4.00	23.38	5.64

Resumen:

CLAVE: Fem.: (5)243891670; K, L, F.
Masc.: 2(5)43798160; K, L, F.

Ambos grupos se muestran convencionalmente ajustados y dan una buena imagen de sí mismos, no presentan problemas y cuentan con la capacidad para resolverlos.

Se encuentran interesados por aspectos estéticos y literarios; las mujeres se muestran firmes, decididas, autosuficientes y denotan no solicitar ayuda de los demás, mientras que los hombres son caballerosos en su trato evitando toda situación de conflicto en el que se vean involucrados, son minuciosos y exigentes con los demás.

Son inseguros y pesimistas, mostrándose autocríticos con ellos mismos para aparentar seguridad y firmeza, buscan la satisfacción y el logro de sus metas a través de sus propios recursos; buscan la aceptación y reconocimiento de los demás para desplazar así su inseguridad a reconocimiento. Se muestran realistas y con la capacidad de llevar a cabo sus planes aunque pueden ser pocos, siempre intentan satisfacerlos; pueden aislarse provocando que sus relaciones interpersonales sean superficiales no comprometiéndose afectivamente. En situaciones de conflicto se mantienen controlados debido a el control de impulsos que ejerce el ambiente social ya que cualquier expresión más abierta de estos impulsos ocasiona mayor inseguridad y sentimientos de culpa intensos.

Son extrovertidos, dinámicos y preocupados por lo que pasa a su alrededor. En su trabajo laboran muy bien bajo presión tomando decisiones adecuadas.

Se ubican en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

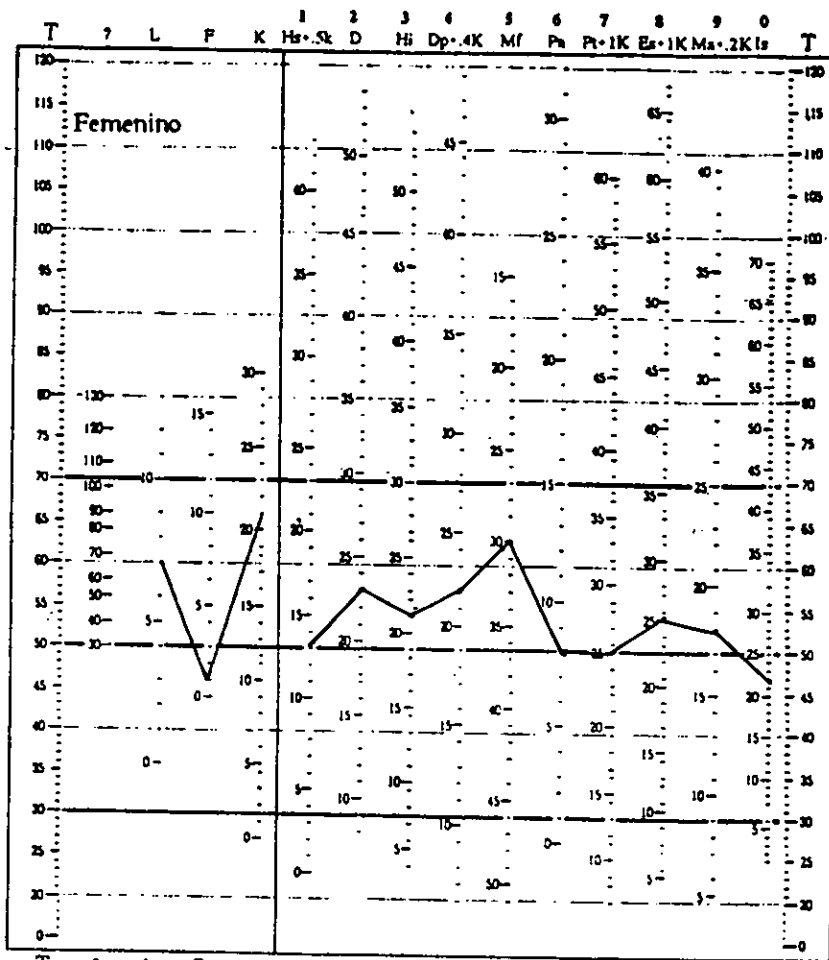
61

PERFIL No. 3

ANESTESIA

(5)243891670;K,L,F.

N= 6



Puntuación	T	7	L	F	K	Hs	.Sk	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ms	.2K	Is	T	
bruta		7	1	21		23	21		30	8											22	
					K																	
Puntuación corregida					13				22				25	25	18							

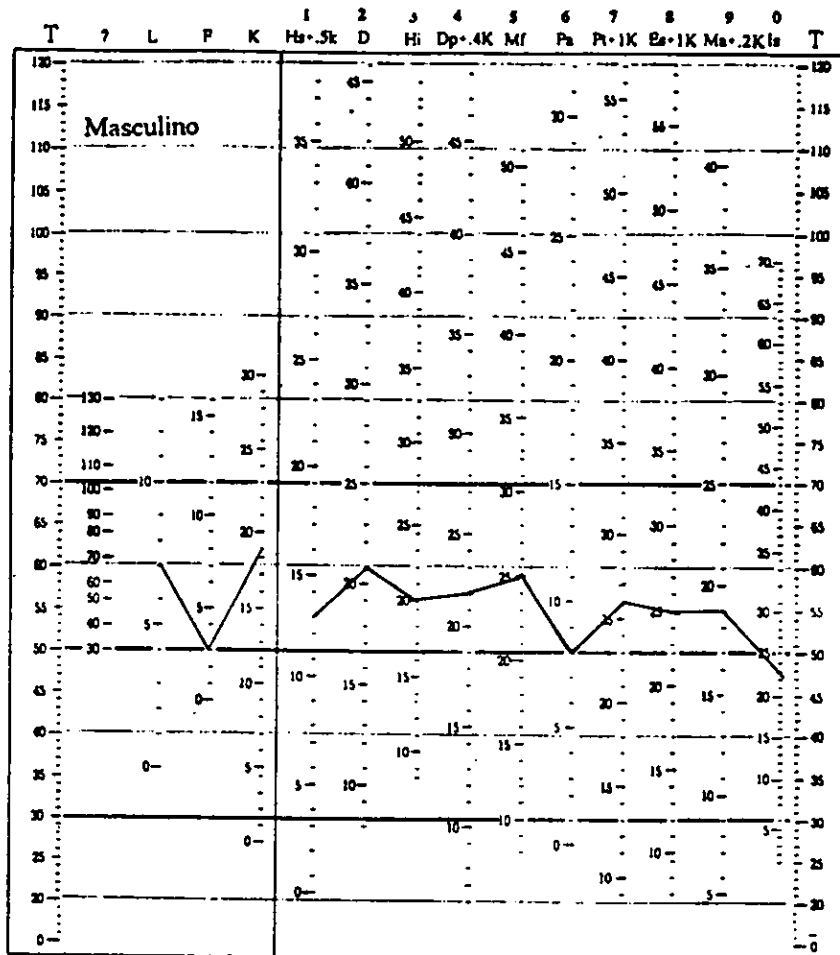
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 4

ANESTESIA

2(5)43798160; K, L, F.

N= 8



	T	7	L	P	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T		
Puntuación bruta			7	3	19			21	20			25	8								23		
Puntuación corregida					K			13				22									26	25	19

4. Perfil Femenino y Masculino de Cardiología.

Tabla No. 12

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 7) y hombres (n 8) de la subespecialidad de:

CARDIOLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	6.14	3.02	6.50	3.66
F	2.29	3.09	3.00	2.51
K	18.14	5.79	16.25	6.88
Hs	13.00	2.31	10.50	4.69
D	19.57	1.51	16.25	7.09
Hi	22.00	4.04	17.88	7.53
Dp	20.86	1.62	16.63	9.84
Mf	32.43	4.39	22.25	10.50
Pa	8.86	1.68	6.88	3.68
Pt	25.43	2.99	20.75	8.78
Es	26.14	6.94	17.75	10.18
Ma	19.71	3.86	16.63	9.80
Is	20.71	6.10	17.38	9.61

Resumen:

CLAVE: Fem.: (5)938462170; K, L, F.
Masc.: (5)3921674-80; L, K, F.

Las mujeres dan una imagen favorable de sí mismas, consideran no tener problemas y cuentan con la capacidad de resolver situaciones que les causen conflicto, mientras que los hombres tienden a ser menos sinceros y por lo tanto niegan la presencia de problemas así como pueden valorar más sus capacidades para resolver sus conflictos.

Las mujeres se describen firmes, decididas, autosuficientes y pueden tomar decisiones sin necesitar ayuda de los demás mientras que los hombres son más pasivos, evitan situaciones de conflicto mostrándose caballerosos y cuidadosos en su trato con los demás evitando mostrar su fragilidad.

Las mujeres son dinámicas y emprendedoras, realizan muchas actividades al mismo tiempo sin permitirse concentrarse y terminar una sola; mientras que los hombres tienen un poco menos de actividades pero de igual forma pueden perderse en la realización de varias sin concretar una. Buscan el cariño, aceptación y reconocimiento de los demás para salvaguardar su seguridad y no mostrar lo contrario. Su control de impulsos está regido por el ambiente social en el que se mueven ya que evitan tener enfrentamientos que puedan dar pie a la pérdida de una buena imagen ante los demás. Las mujeres pueden realizar trabajos solas (aislamiento), hacen buen manejo de datos y problemas de trabajo en forma clara y los hombres son más aislados, trabajan mejor en actividades concretas y utilizan su capacidad intelectual para resolver la situación problema y trabajan bien bajo presión, donde los hombres hacen mejor uso de sus experiencias pasadas.

Buscan la satisfacción de sus necesidades siendo firmes y constantes con sus metas, mientras no les interese otra, las mujeres se comprometen más y los hombres reaccionan más violentamente. Están atentos a lo que sucede a su alrededor, son autocríticos e inseguros y aparentan ser firmes y decididos, buscan su seguridad a través del reconocimiento de los demás. Sus relaciones interpersonales son superficiales y son muy agradables a los demás.

Las mujeres requieren de realizar muchas actividades para el cumplimiento de sus objetivos así como para incrementar sus relaciones interpersonales superficiales y los hombres necesitan más reconocimiento y aprobación de los demás en sus relaciones interpersonales superficiales que se caracterizan por una considerable independencia.

Se ubican en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

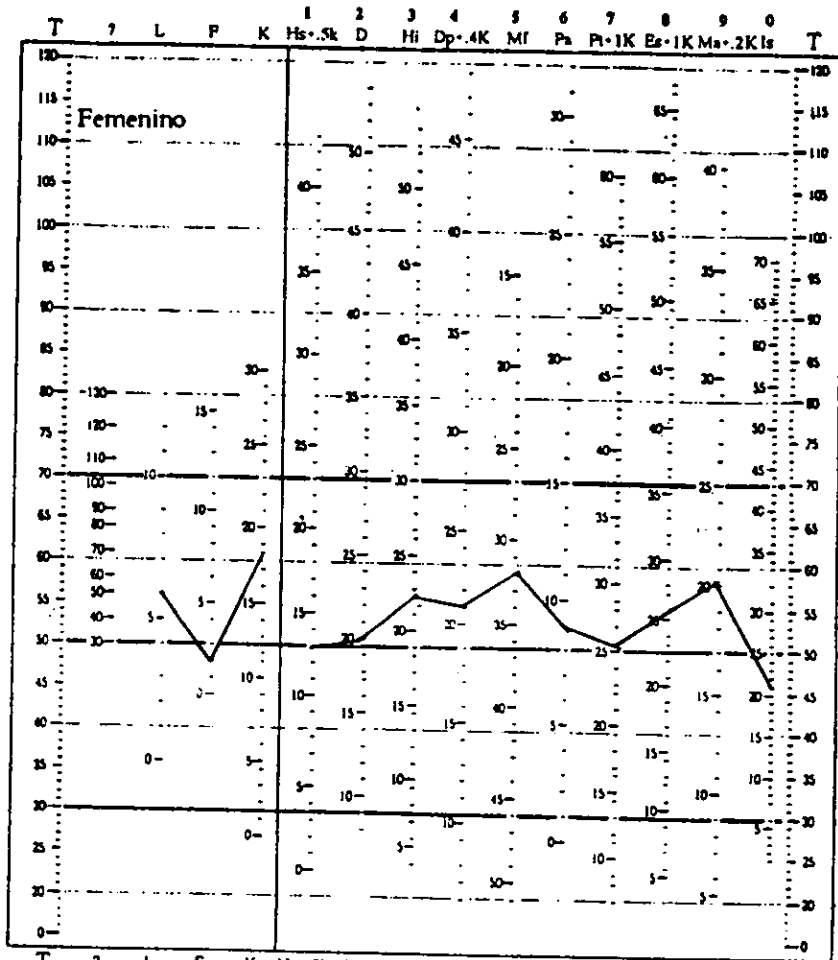
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 5

CARDIOLOGIA

(5)938462170;K,L,F.

N= 7



	T	7	L	F	K	Hs	Sk	D	Hi	Dp	4K	Mf	Pa	Pt	1K	Es	1K	Ma	2K	Is	T
Puntuación bruta		6	2	18		1	2	3	4	5	32	9									21
					K																
Puntuación corregida					13					21				25	26	20					

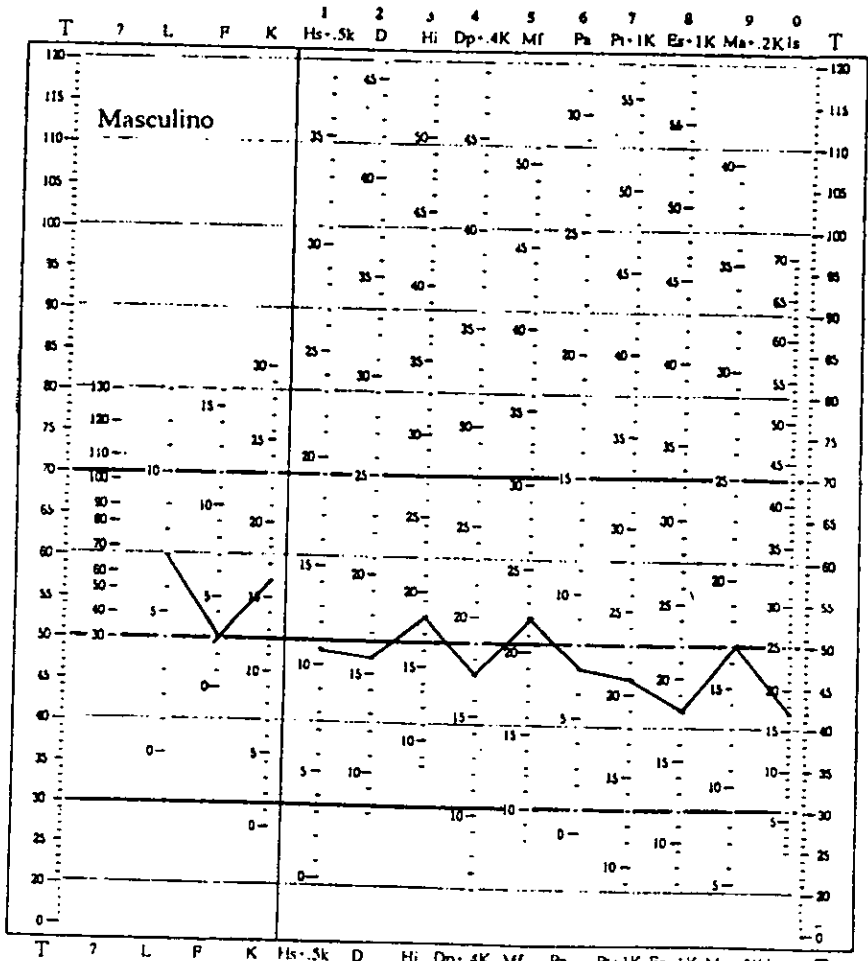
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 6

CARDIOLOGIA

(5) 3921674-80; L, R, F

N= 8



Puntuación	T	7	L	F	K	Hs	D	Hi	Pa	Pt	Es	Ma	Is	T
bruta		<u>7</u>	<u>3</u>	<u>16</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>17</u>
					<u>K</u>									
Puntuación corregida		<u>10</u>						<u>17</u>		<u>21</u>	<u>18</u>	<u>17</u>		

5. Perfil Masculino de Cirugía.

Tabla No. 13

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de hombres (n 11) de la subespecialidad de:

CIRUGÍA

HOMBRES.

Escala	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	9.17	1.74
F	1.64	1.96
K	23.27	2.83
Hs	13.36	2.46
D	18.91	6.39
Hi	22.55	4.01
Dp	22.36	7.61
Mf	23.09	3.18
Pa	9.18	2.27
Pt	27.00	2.61
Es	26.45	2.94
Ma	20.00	3.90
Is	18.55	5.54

Resumen:**CLAVE: 379842(5)16-0; K, L, F.**

Dan una imagen favorable de sí mismos, no presentan problemas y valoran sus capacidades para resolver situaciones de conflicto.

Buscan la aceptación y cariño del mundo externo, sin que ellos puedan comprometerse afectivamente sólo les interesa ser reconocidos por los demás. Su control de impulsos también se rige por su medio exterior, se muestran amables y aparentan interesarse por los demás.

Trabajan bajo presión en cantidad, pero su calidad puede disminuir; pueden tomar decisiones rápidas en momentos concretos ya que tienden a ser perfeccionistas y minuciosos en lo que hacen.

Sus relaciones interpersonales son superficiales bien integradas y no se comprometen afectivamente en su profesión. Son dinámicos realizando diversas actividades para cumplir sus metas y objetivos, por lo cual cuentan con la energía suficiente para llevarlos a cabo haciendo uso de su experiencia pasada.

Se autodescriben en forma realista, se autoexigen demasiado, son autocríticos, sociables, activos y se muestran controlados en situaciones de conflicto reaccionando como si no les molestara la situación debido que pueden utilizar la fuerza física en la solución de problemas y no utilizando otro tipo de recursos con los que cuenta.

Su seguridad la salvaguardan a través del reconocimiento de los demás siendo caballerosos y amables.

Su necesidad de aceptación y cariño, al no ser satisfecha les genera ansiedad, pueden manejar sus afectos de forma infantil, con rigidez y exigencia a los demás para que estos se apegen a sus modelos y poder relacionarse; si no lo logran se desilusionan de sus contactos interpersonales.

Se ubican en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

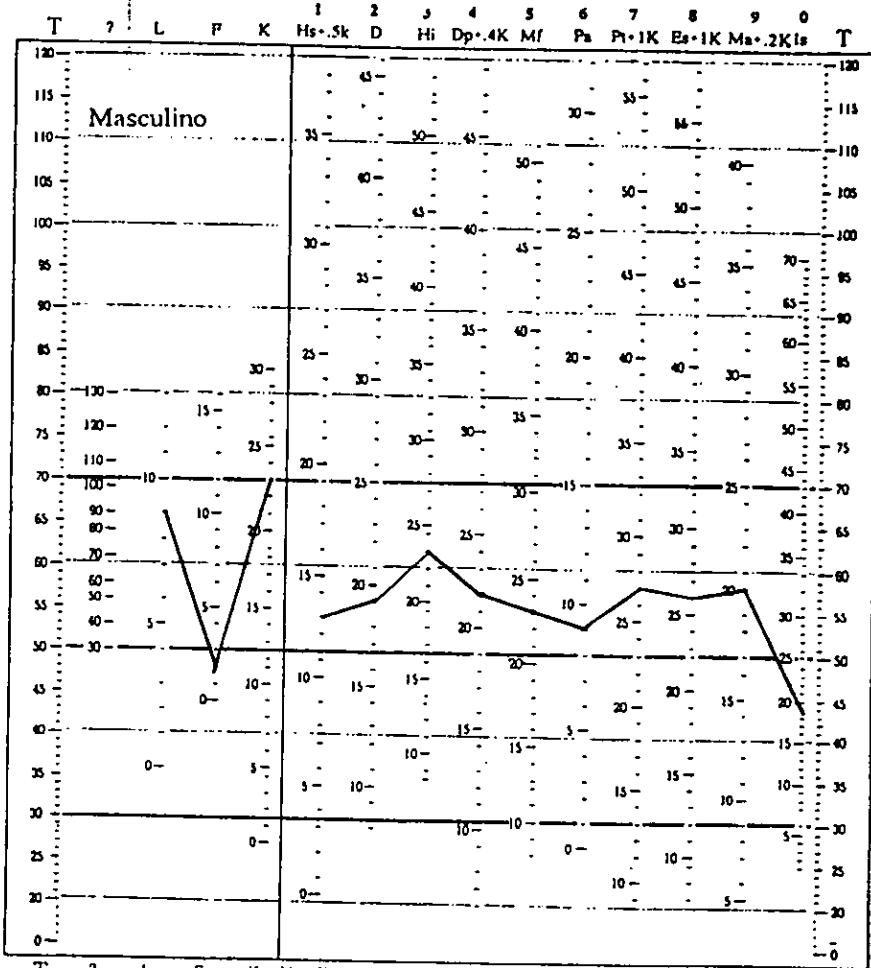
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 7

CIRUGIA

379842(5)16-0;K,L,F.

N= 11



T	7	L	F	K	1 (Hs.5k)	2 (D)	3 (Hi)	4 (Dp.4K)	5 (Mf)	6 (Pa)	7 (Pt.1K)	8 (Es.1K)	9 (Ma.2K)	10 (Is)	T
Puntuación bruta															
	9	2	23		19	23	23	23	9	7	8	9	19		
Puntuación corregida															
				13			22			27	26	20			

6. Perfil Femenino y Masculino de Endocrinología.

Tabla No. 14

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 7) y hombres (n 3) de la subespecialidad de:

ENDOCRINOLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.14	2.19	5.00	5.00
F	.14	.38	1.00	1.00
K	20.14	3.72	11.67	11.06
Hs	11.86	.90	8.00	7.00
D	21.14	2.75	11.00	9.54
Hi	30.71	2.75	14.33	12.66
Dp	20.29	4.31	11.33	9.87
Mf	32.86	2.34	17.67	15.31
Pa	9.00	2.45	5.67	4.93
Pt	25.57	3.10	15.33	13.43
Es	23.71	3.35	14.00	12.29
Ma	18.71	2.50	14.00	12.49
Is	19.29	10.90	11.33	10.02

Resumen:

CLAVE: Fem.: 3(5)9462871-0; K, L, F.
Masc.: 3(5)-69120784; L, K, F.

Las mujeres buscan dar una buena imagen, no presentan problemas y cuentan con la capacidad de resolver situaciones de conflicto; mientras que los hombres son más sinceros y críticos al autodescribirse mostrando su capacidad para resolver sus problemas aunque parecieran no conocerla. Las mujeres son dependientes de sus relaciones interpersonales superficiales y sobre todo de aquellas personas por las que han sido aceptadas, generando dependencia y una gran necesidad de aceptación y reconocimiento. Los hombres también necesitan la aceptación y reconocimiento pero su grado es menor comparado con las mujeres. Su control de impulsos esta regido por un control externo y buscan entonces obtener tolerancia y compañía incondicional.

Las mujeres se muestran decididas, firmes y autosuficientes; y los hombres son amables en su trato con los demás dando una imagen de seguridad. Ambos grupos son dinámicos y emprendedores en la realización de diversas actividades aunque las mujeres suelen ser mas suspicaces que los hombres, logran la satisfacción de sus objetivos ya que tienen la energía suficiente para llevarlos a cabo.

Sus relaciones interpersonales son superficiales y principalmente buscan la compensación de su inseguridad a través del reconocimiento; son autocríticos y los hombres pueden presentar momentos de tristeza y disminuir entonces su rendimiento en el trabajo no haciendo uso de sus experiencias pasadas; ambos trabajan bien bajo presión. Presentan tendencias al aislamiento y posponen el enfrentamiento en situaciones de conflicto, muestran una excelente salud física para obtener reconocimiento, sobre todo las mujeres. Son extrovertidos, se interesan por su medio ambiente pero prefieren también momentos de aislamiento para pensar en sus problemas y buscar una solución.

Se destaca en las mujeres una gran numero de actividades y el tratar de alcanzar un gran número de metas, pero necesitan más del reconocimiento y aprobación de los demás, las relaciones interpersonales que establecen son muy superficiales y se caracterizan por la dependencia y búsqueda de aceptación, que conlleva a un control más adecuado hacia su ambiente. Los hombres tienen una tendencia a manipulación social encubriendo sus agresiones y enojo hacia los demás personas, alterando sus relaciones interpersonales ya que creen que ellos han dado lo mejor a los demás y los otros no los retribuyen como ellos quieren, suelen ser muy desconfiados.

Su grado de psicopatología por grupos es el siguiente:
para las mujeres se ubican en el Grado 2 de psicopatología equivalente a la presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia y para los hombres en Grado 3 de psicopatología equivalente a la presencia de algunos problemas que el sujeto intenta resolver por el mismo.

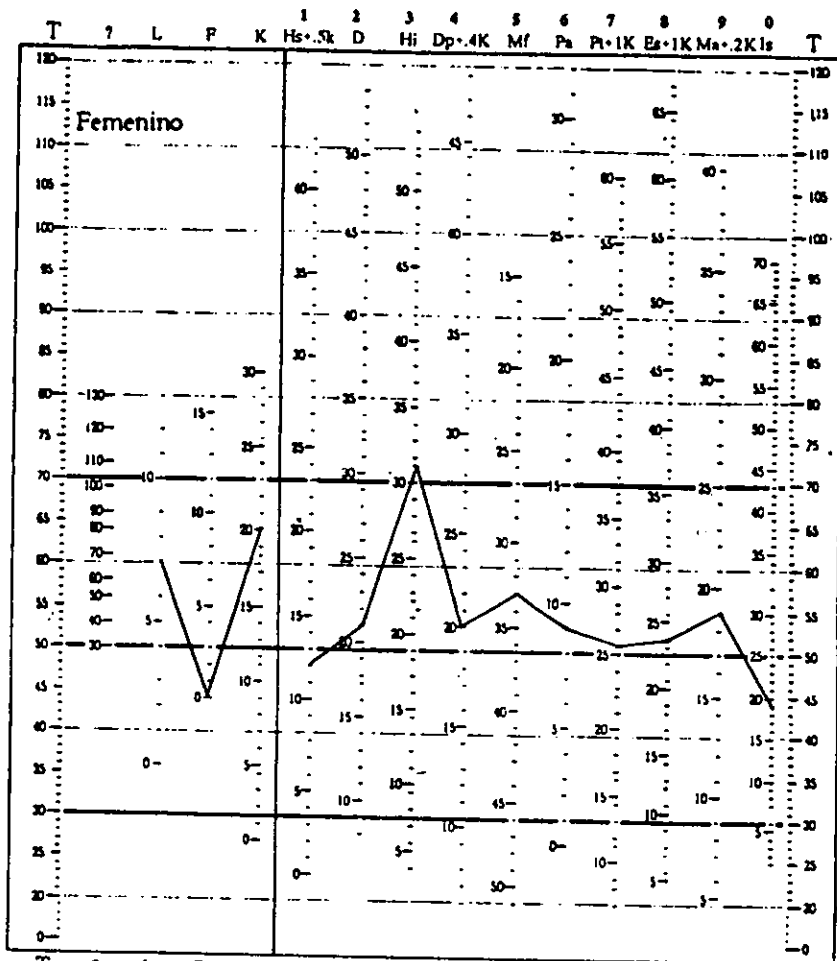
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 8

ENDOCRINOLOGIA

3*(5)9462871-0;K,L,F.

N= 7



	T	7	L	F	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T
Puntuación bruta		7	0	20		1	2	21	31	4	5	33	9	6	7	8	8	19	0	19	
					K																
Puntuación corregida						12			20				26		24			19			

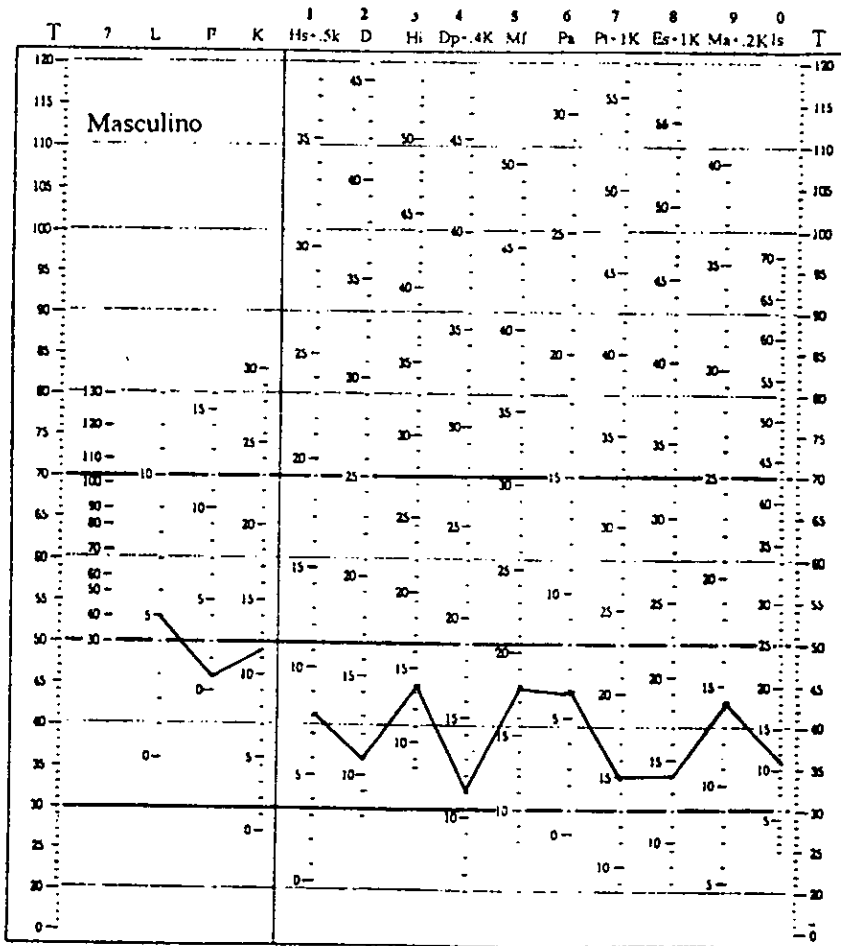
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 9

ENDOCRINOLOGIA

3(5)-69120784; L, K, F.

N= 3.



T	7	L	F	K	Hs-.5k	D	Hi	Dp-.4K	Mf	Pa	Pt-1K	Es-1K	Ma-.2K	Is	T
Puntuación bruta	5	1	12		11	14			18	6					11
Puntuación corregida				8				11			15	14	14		

7. Perfil Femenino y Masculino de Gastroenterología.

Tabla No. 15

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 6) y hombres (4) de la subespecialidad de:

GASTROENTEROLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.17	1.83	8.00	1.83
F	2.00	2.68	2.00	.82
K	19.83	5.31	21.00	.82
Hs	14.17	1.47	18.50	9.75
D	22.17	4.54	19.50	1.29
Hi	21.17	2.79	21.50	2.89
Dp	22.83	3.31	24.25	3.86
Mf	31.33	5.65	25.50	1.91
Pa	10.33	.52	7.50	2.38
Pt	28.17	1.94	30.50	10.38
Es	27.33	1.21	30.25	9.84
Ma	18.00	9.06	21.25	2.06
Is	25.00	8.58	23.00	3.27

Resumen:

CLAVE: Fem.: (5)486723910; K, L, F.
Masc.: 1'7849(5)2360; K, L, F.

Dan una buena imagen, niegan la presencia de problemas significativos y cuentan con los recursos necesarios para resolver situaciones conflictivas.

Buscan la satisfacción de sus necesidades de forma inmediata; sus relaciones son duraderas y bien integradas, pero pueden evitar responsabilidades y compromisos afectivos. Cuentan con la energía suficiente para alcanzar sus metas y objetivos. Se autodescriben de forma realista y llevan a cabo la mayoría de sus planes; así las mujeres hacen más uso de la fantasía que los hombres. Ambos se muestran cautelosos y reaccionan de forma pasiva a situaciones de conflicto mostrándose suspicaces y desconfiados en su trato con los demás.

Trabajan bien bajo presión haciendo mejor uso de su experiencia los hombres pero no cambian fácilmente pautas de comportamiento que le son problemáticas. Buscan la seguridad a través del reconocimiento y posponen el enfrentamiento a situaciones de conflicto. Los hombres hacen uso de molestias físicas para disculpar sus faltas y responsabilidades y las identifican como problemáticas. Son dinámicos y emprendedores, interesados por lo que sucede a su alrededor y su control de impulsos se rige por un control externo. Las mujeres son firmes, decididas y autosuficientes en la toma de decisiones denotando que no necesitan ayuda de los demás y los hombres se muestran caballerosos en su trato con los demás, amables así como interesados en aspectos literarios.

Se destaca en las mujeres tendencias agresivas e impulsivas en función de las fantasías que este elaborando y que en algunas ocasiones no logra controlar. En los hombres la angustia surge ante la percepción de una importante sintomatología física, que le preocupa mucho "estar enfermo" aumentando la posibilidad de que presente características hipocondríacas.

Se ubican la mujeres en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos y los hombres en el Grado 2 de psicopatología equivalente a la presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia.

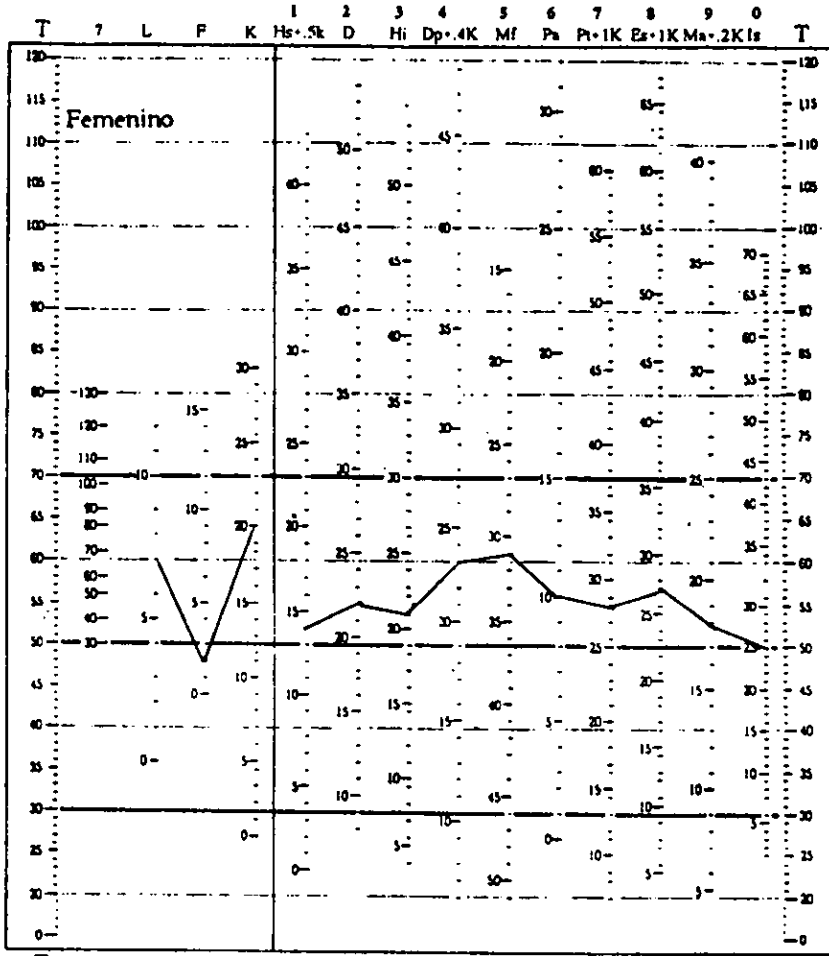
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 10

GASTROENTEROLOGIA

(5)486723910;K,L,F.

N= 6



	T	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T			
						Hs	Ss	D	Hi	Dp	K	Mf	Pa	Pt	K	Es	Ma	Ks	
Puntuación bruta		7	2	20		22	21		31	10								25	
Puntuación corregida					K	14			23			28	27	18					

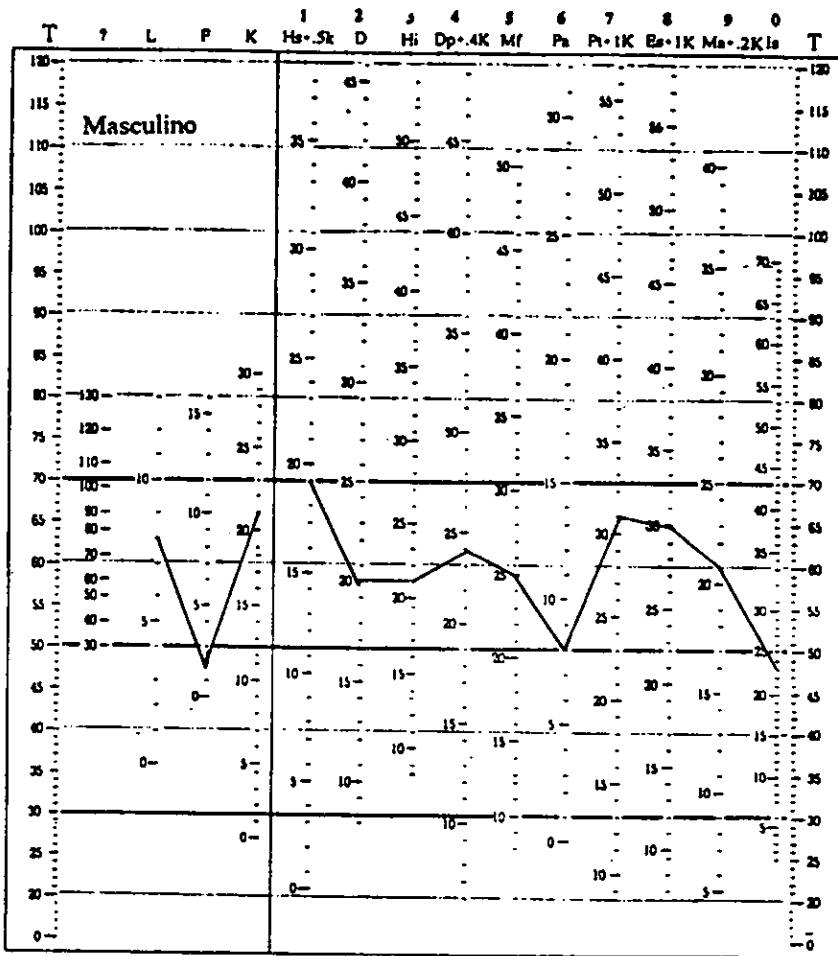
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 11'

GASTROENTEROLOGIA

1'7849(5)2360;K,L,F.

N= 4



T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T
Puntuación bruta	8	2	21	20	21	25	8	31	30	21	
Puntuación corregida			19		24			31	30	21	

8. Perfil Femenino y Masculino de Infectología.

Tabla No. 16

Medias aritméticas y desviaciones estandar obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 5) y hombres (6) de la subespecialidad de:

INFECTOLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandar	Media Aritmética	Desviación Estandar
L	10.00	2.00	8.00	2.10
F	2.60	1.52	4.17	4.36
K	22.40	4.22	20.17	5.60
Hs	18.40	4.88	14.67	3.50
D	23.00	2.00	23.83	2.64
Hi	26.40	3.51	21.83	4.54
Dp	22.80	2.39	23.67	2.50
Mf	29.60	2.70	28.00	2.68
Pa	9.20	2.17	9.00	1.90
Pt	26.40	2,61	26.17	2.71
Es	27.40	3.71	28.17	7.81
Ma	18.80	3.56	20.33	2.73
Is	21.00	2.74	21.33	8.38

Resumen:

CLAVE: Fem.: 3(5)14289670; L, K, F.
 Masc.: 2(5)48319760; K, L, F.

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Las mujeres presentan la tendencia a mentir y dan una imagen favorable de ellas aceptando la presencia de pocos problemas y no valorando sus capacidades para afrontar sus problemas; mientras que los hombres dan una imagen favorable, no reportan la presencia de problemas y cuentan con la capacidad necesaria para resolverlos.

Las mujeres buscan la aceptación y reconocimiento de los demás mostrándose firmes y decididas ante lo que hacen o deciden y los hombres son más inseguros y presentan falta de motivación para realizar múltiples actividades. Ambos grupos pueden hacer uso de molestias físicas para justificarse y solicitar tolerancia donde los hombres obtienen seguridad a través del autoreconocimiento de poseer una excelente salud física.

Su energía les permite llevar a cabo sus planes aunque no con mucha amplitud pero suelen lograrlos. Sus relaciones interpersonales en los hombres son duraderas mientras que en las mujeres son superficiales debido a la gran necesidad de aceptación. Son autocríticos y compensan su inseguridad y falta de motivación haciendo el esfuerzo por mostrarse seguros y decididos.

Su autodescripción es realista y adecuada con lo que son, los hombres suelen ser un poco más aislados y tener mas problemas en sus relaciones interpersonales aparentando ser dinámicos y optimistas para seguir adelante con sus planes y cumplir sus objetivos. Bajo situaciones conflictivas son controlados aparentando no causarles problema la situación y están atentos a lo que sucede a su alrededor. Trabajan bien bajo presión, su nivel de angustia no es incapacitante, se preocupan por su medio exterior, así como por las personas que los han aceptado; pero no se comprometen afectivamente.

En las mujeres se observa una tendencia a establecer relaciones de dependencia por la demanda de aceptación y reconocimiento social a través de algunas somatizaciones que funcionan como defensa contra presiones del ambiente. En los hombres su inseguridad, sentimientos de culpa y descargas impulsivas son controladas por el equilibrio entre las dos primeras escalas, ya que cualquier expresión más abierta de estos impulsos ocasiona mayor inseguridad y sentimientos de culpa más intensos.

Se ubican las mujeres en el Grado 4 de psicopatología que equivale a la ausencia de elementos psicopatológicos y los hombres en el Grado 3 de psicopatología equivalente a la presencia de algunos problemas que el sujeto intenta resolver por sí mismo.

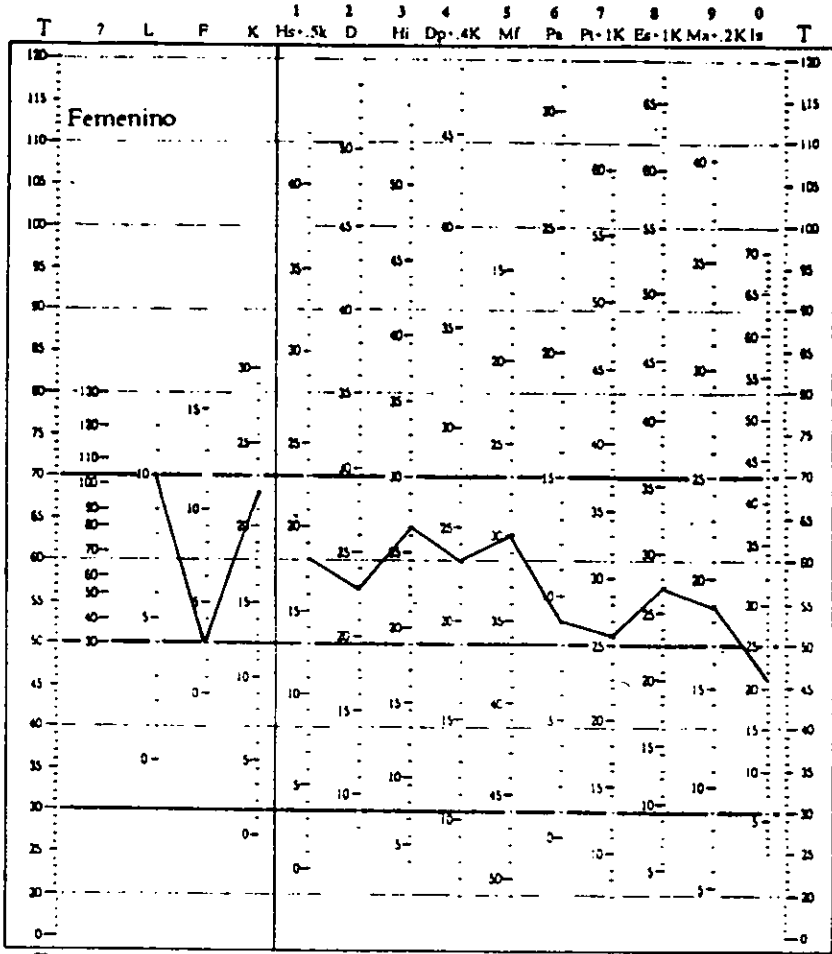
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 12

INPECTOLOGIA

3(5)14289670;L,K,F.

N= 5



	T	7	L	F	K	Hs	Sk	D	Hi	Dp	4K	Mf	Pa	Pt-1K	Es-1K	Ma-2K	Is	T
Puntuación bruta		10	3	22		1	23	27		30	9							21
					K													
Puntuación corregida						18				23			26	27	19			

9. Perfil Femenino y Masculino de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico.

Tabla No. 17

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 9) y hombres (n 17) de la subespecialidad de:

MEDICINA DEL ENFERMO PEDIÁTRICO EN ESTADO CRÍTICO

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.89	3.33	8.41	2.74
F	2.89	2.57	2.06	1.95
K	19.56	4.22	21.65	2.98
Hs	13.22	2.33	12.59	1.80
D	21.22	3.11	20.47	3.36
Hi	21.56	2.46	21.28	3.38
Dp	21.00	3.12	21.29	2.59
Mf	31.67	5.12	26.53	5.29
Pa	8.78	2.33	9.35	1.46
Pt	26.00	2.38	26.88	1.90
Es	24.67	3.54	25.59	2.62
Ma	20.11	3.14	19.59	3.68
Is	23.67	7.91	20.18	6.11

Resumen:**CLAVE: Fem.: (5)934826710; K, L, F.****Masc.: (5)237984160; K, L, F.**

Dan una buena imagen de si mismos mostrándose convencionalmente ajustados, consideran no tener problemas y cuentan con la capacidad para solucionarlos en caso de que los tuvieran.

Las mujeres se describen firmes, autosuficientes y decididas ante situaciones concretas, con la capacidad de tomar decisiones acertadas y los hombres se describen como amables, caballerosos e interesados en el trato con lo demás; ambos se interesan por actividades estéticas y literarias.

Son dinámicas, emprendedoras y con gran energía que les permite realizar diversas actividades pero que al mismo tiempo hace que pierdan los objetivos, al tener múltiples actividades tienden a olvidarse de algunas y los hombres se describen más firmes en sus objetivos tanto como sus actividades, siendo más concretos y centrados que las mujeres.

Buscan la aceptación, reconocimiento y afecto de los demás sin que se comprometan afectivamente y su control de impulsos esta regido por el control externo y tienden a mostrar pocas veces su enojo ante situaciones conflictivas. Sus relaciones interpersonales son superficiales y algunas de ellas bien integradas, son autocríticos e inseguros, pero intentan mostrar su firmeza al contar con la capacidad de tomar decisiones, pero suelen ser más inseguros que las mujeres por el temor al fracaso.

Su nivel de angustia en la mujeres es moderado y les permite trabajar bien bajo presión y pueden hacer uso de sus experiencias pasadas en algunas ocasiones mientras, que los hombres trabajan bien bajo presión pero en cantidad porque la calidad no es la misma y puede ocasionarle no tomar decisiones acertadas en algunas ocasiones.

Desean poseer una excelente salud física para obtener mayor reconocimiento del ambiente externo y convencionalmente se ajustan a las situaciones sociales y su comunicación es aparentemente abierta, pero es superficial.

Las mujeres son dinámicas, con gran actividad y con tendencia a lograr metas constantemente, buscando incrementar sus relaciones interpersonales en forma superficial. Consiguen que la mayor parte de sus objetivos se cumplan pero otros quedan sin concluir.

Los hombres presentan falta de seguridad y de confianza en sus propias habilidades y la tendencia a buscar el reconocimiento y la aprobación social.

Se ubican ambos grupos en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

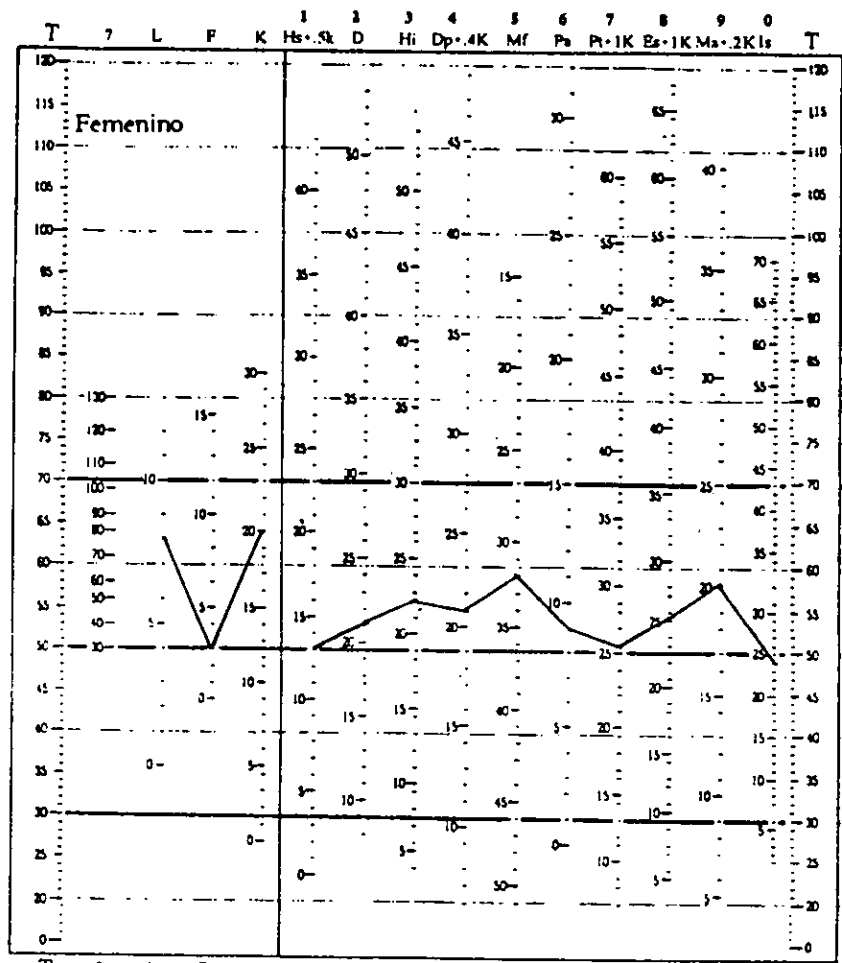
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 14

MEDICINA DEL ENFERMO PEDIATRICO EN ESTADO CRITICO

(5)934826710;K,L,F.

N= 9



	T	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T		
						Hs.	Sk	D	Hi	Dp.	4K	Mf	Pa	Pi-1K	Es-1K	Ma-2K	Is	
Puntuación bruta		8	3	20		21	22		32	9					8	9	0	24
Puntuación corregida					K	13			21				26	25	20			

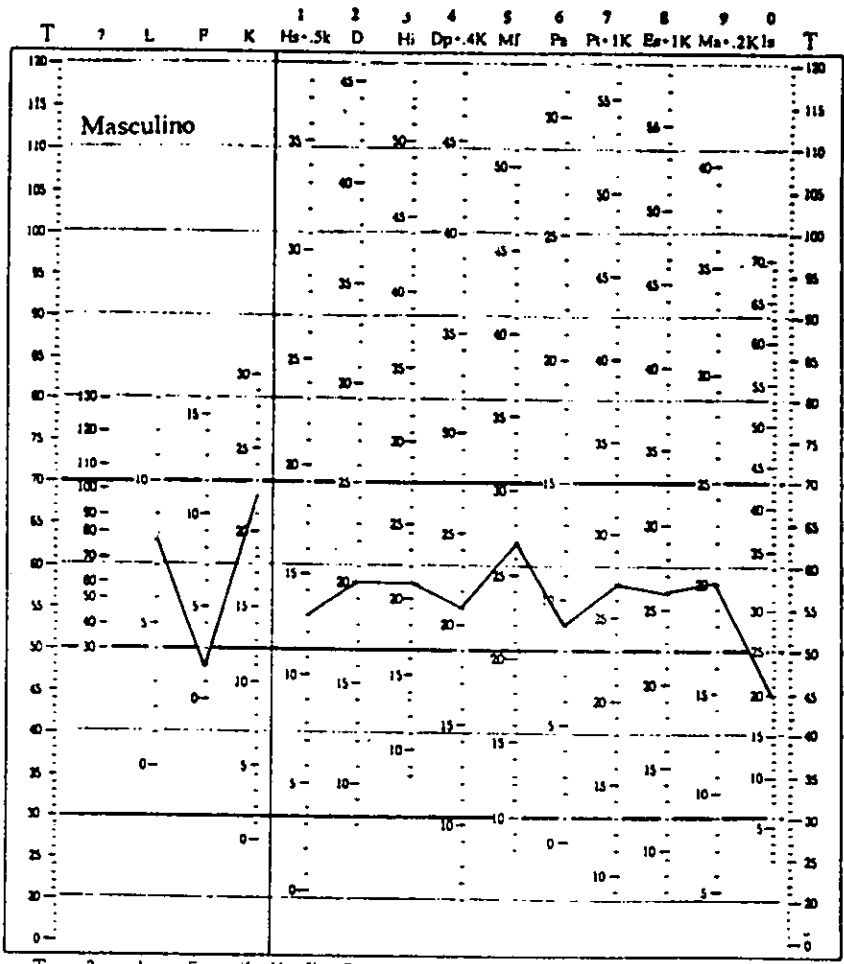
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 15

MEDICINA DEL ENFERMO PEDIATRICO EN ESTADO CRITICO

(5)237984160;K,L,F.

N= 17



	T	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
Puntuación bruta		8		2	22	1	2	3		4	5	9	7	8	9	20
					K											
Puntuación corregida					13				21			27	27	26	20	

10. Perfil Femenino y Masculino de Nefrología.

Tabla No. 18

Medias aritméticas y desviaciones estandar obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 7) y hombres (n 3) de la subespecialidad de:

NEUROLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.43	4.08	9.67	1.53
F	3.86	3.53	5.00	4.58
K	21.43	4.20	20.67	2.08
Hs	14.14	2.91	15.33	1.53
D	19.71	4.92	22.00	3.61
Hi	22.43	3.26	24.00	4.58
Dp	22.29	1.38	21.33	3.51
Mf	32.86	4.71	22.00	3.61
Pa	8.86	2.54	8.67	1.15
Pt	25.86	2.73	24.67	2.08
Es	27.29	2.81	26.00	2.65
Ma	19.57	3.91	18.33	1.15
Is	23.57	4.08	20.67	3.79

Resumen:

CLAVE: Fem.: 94(5)8361270; K, L, F.
 Masc.: 321847(5)690; L, K, F.

Las mujeres dan una imagen favorable de sí mismas, niegan la presencia de problemas significativos y cuentan con las capacidades para resolver situaciones conflictivas, mientras que los hombres tienden a mentir más para mostrar una imagen demasiado favorable de sí mismos, consideran tener pocos problemas y cuentan con los recursos necesarios para resolver situaciones de conflicto.

Las mujeres son dinámicas y emprendedoras, con la energía suficiente para llevar a cabo múltiples actividades y los hombres son más tranquilos, no pierden de vista sus objetivos y no tienen muchas actividades. Buscan la satisfacción de sus necesidades de forma inmediata lo que puede ocasionarles problemas en sus relaciones interpersonales, donde los hombres se muestran frágiles para tener un mayor control de sus impulsos agresivos.

Las mujeres se describen firmes, autosuficientes, decididas y toman decisiones sin necesitar ayuda de los demás; los hombres se comportan amables y caballerosos, se interesan por los demás aparentemente, ya que el tipo de relaciones interpersonales que establecen son superficiales. Se muestran realistas y los hombres son más inseguros que las mujeres a través de autocríticarse y pueden buscar momentos para aislarse. Buscan la aceptación y cariño de los demás siendo mayor la necesidad para los hombres y estableciendo relaciones de dependencia con la gente que cree lo ha aceptado. Son desconfiados, suspicaces y se muestran controlados en situaciones conflictivas.

Trabajan bajo presión y pueden tomar decisiones acertadas por su tendencia al perfeccionismo para conseguir la aceptación y reconocimiento de los demás, aunque los hombres suelen tener momentos de inseguridad que les provocan falta de motivación hacia sus actividades. Ambos grupos se interesan por el ambiente externo mostrándose dinámicos y optimistas.

Las mujeres demuestran tener más energía, pero corren el riesgo de ser también más desorganizadas y no concentrarse en una actividad por la posible falta de compromiso en todo lo que emprende. En pocas ocasiones pueden afectarles las opiniones y actitudes de otros. Los hombres se muestran controlados y su adaptación depende más de lo convencional, es posible que tengan menos conciencia de su inseguridad y sentimientos de inferioridad ya que siempre demanda la aceptación de los demás, proporcionándole la sensación de firmeza y estabilidad, con lo que evita los sentimientos de insatisfacción consigo mismo.

Se ubican ambos grupos en el Grado 4 de psicopatología que equivale a la ausencia de elementos psicopatológicos.

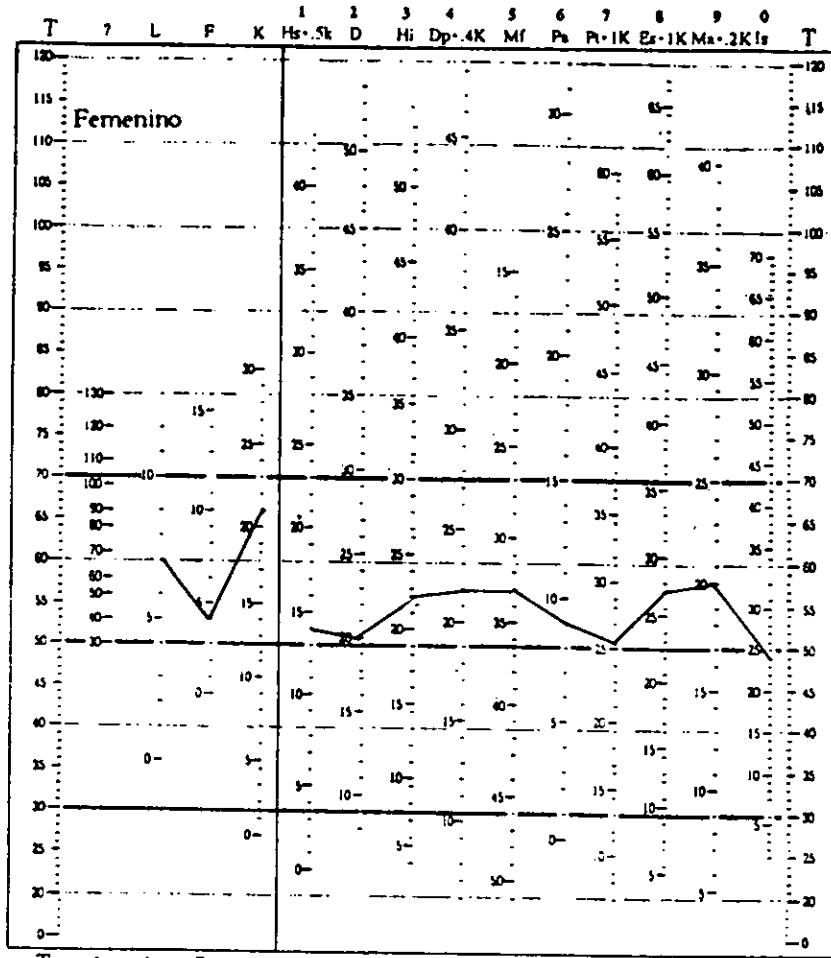
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 16

NEPROLOGIA

94(5)8361270;K,L,F.

N= 7



	T	7	L	F	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T	
Puntuación bruta		7	4	21				20	22			33	9	7	8	9					24	
					K																	
Puntuación corregida						14					22			26	27	20						

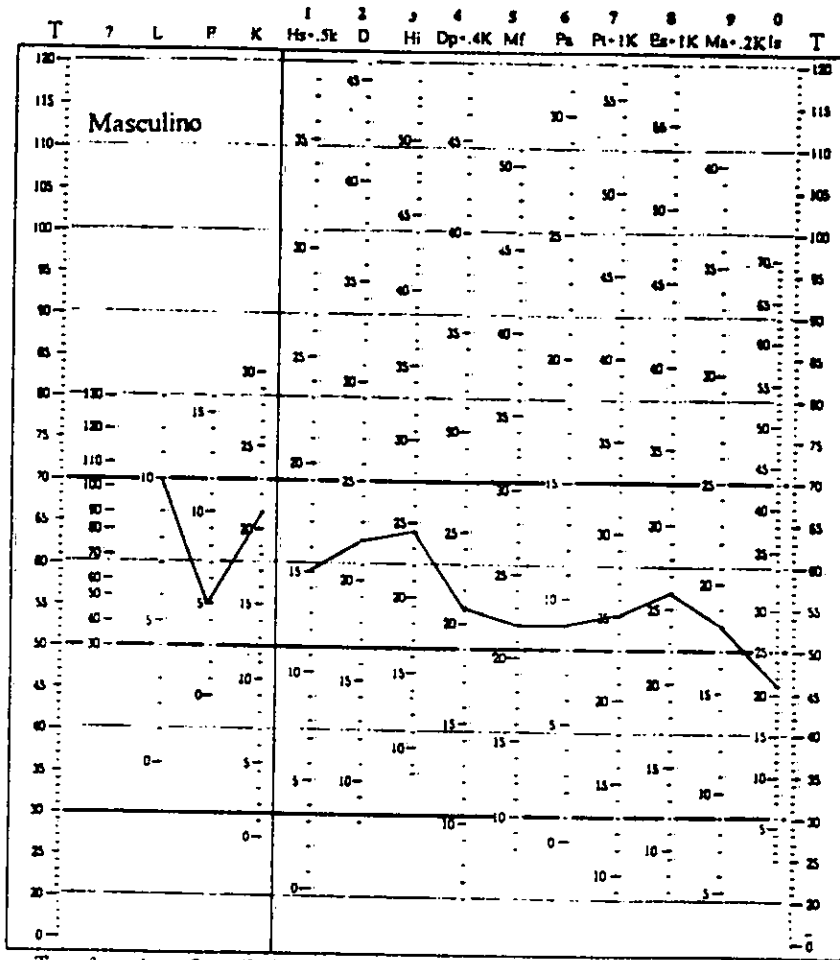
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 17

NEFROLOGIA

321847(5)690; L, R, F.

N= 3



T	7	L	P	K	Hs	Sk	D	Hi	Dp	4K	Mf	Pa	Pt	1K	Es	1K	Ma	2K	1s	T
Puntuación bruta	10	5	21	15	1	2	22	3	4	5	22	9	7	8	26	18	18	21	21	
Puntuación corregida				K	15			21					25	26	18					

11. Perfil Femenino y Masculino de Neonatología.

Tabla No. 19

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 8) y hombres (n 6) de la subespecialidad de:

NEONATOLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	6.63	3.02	6.50	3.39
F	1.63	1.19	1.67	.52
K	17.75	7.48	21.00	3.69
Hs	9.38	4.50	13.67	2.73
D	18.75	8.08	21.67	2.25
Hi	17.75	7.52	20.50	3.56
Dp	18.13	8.13	22.50	1.87
Mf	28.88	12.22	25.83	2.64
Pa	7.25	3.33	7.33	2.07
Pt	22.63	9.68	26.00	3.90
Es	21.13	9.30	22.50	10.82
Ma	16.63	6.80	19.00	5.62
Is	18.88	8.77	27.00	5.37

Resumen:

CLAVE: Fem.: (5)9234687-01; K, L, F.
Masc.: 2(5)34179086; K, L, F.

Dan una imagen favorable de si mismos y se ajustan socialmente, no presentan problemas significativos y cuentan con los recursos necesarios para resolver sus problemas.

Las mujeres se autodescriben como firmes, seguras y autosuficientes en la toma de decisiones, sin solicitar ayuda de los demás; mientras que los hombres se describen como amables y caballerosos en su trato con los demás. Son dinámicos y con la energía para llevar a cabo sus planes y metas a través de realizar múltiples actividades pero pueden perder de vista sus objetivos al interesarles otras actividades. Son autocríticos debido a su inseguridad; tratando de mostrarse firmes y decididas las mujeres y los hombres se muestran más inseguros, tienen falta de motivación y para compensarlo se autoexigen demasiado.

Buscan la aceptación y reconocimiento de su ambiente social así como la satisfacción de sus necesidades a costa de lo que sea o lo que tengan que hacer. Su control de impulsos es un control externo que se rige por la aceptación que solicitan estando atentos a lo que sucede a su alrededor para mostrarse calmados ante situaciones conflictivas que puedan causarles problemas. La ansiedad les permite trabajar bajo presión y laborar adecuadamente, en tanto que los hombres son perfeccionistas que las mujeres, tomando decisiones rápidas e importantes.

Son dinámicos y se interesan por su ambiente social en el que viven aunque sus relaciones interpersonales son superficiales. Las mujeres intentan mostrar buena salud física y los hombres utilizan los síntomas para justificarse a través de la identificación de dichos problemas.

Se ubican ambos grupos en el Grado 4 de psicopatología que equivale a la ausencia de elementos psicopatológicos.

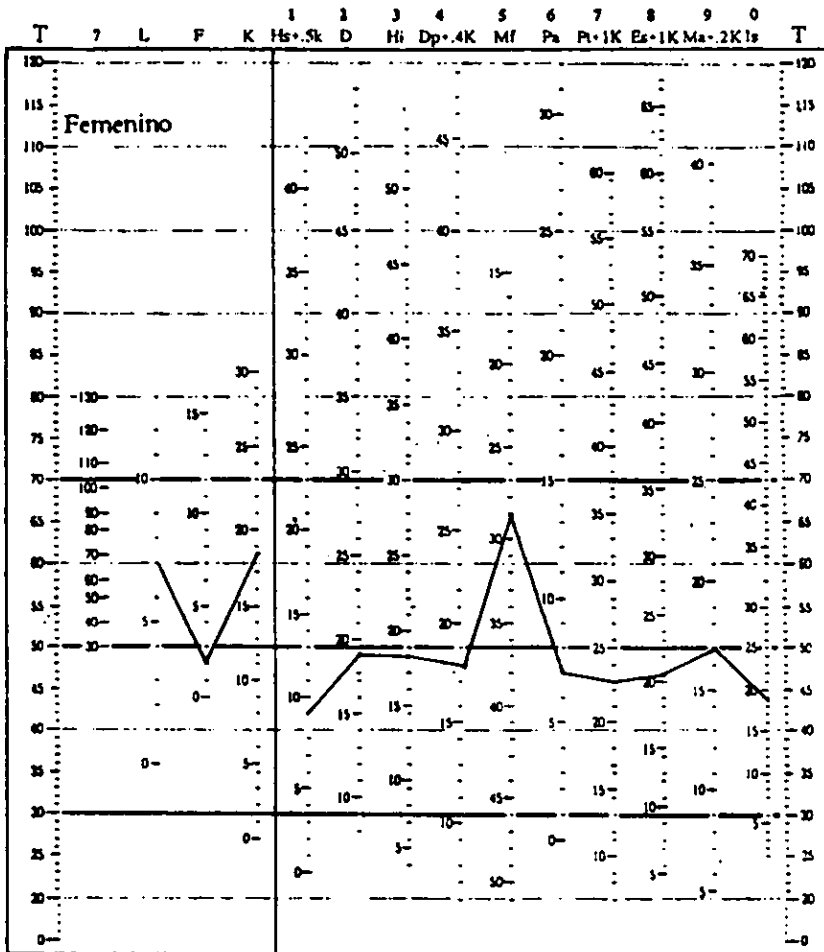
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 18

NEONATOLOGIA

(5)9234687-01;K,L,F.

N= 8



	T	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T
Puntuación bruta		7	2	18		19	18		29	7		23	21	17		19
					K											
Puntuación corregida					9		18		23	21	17					

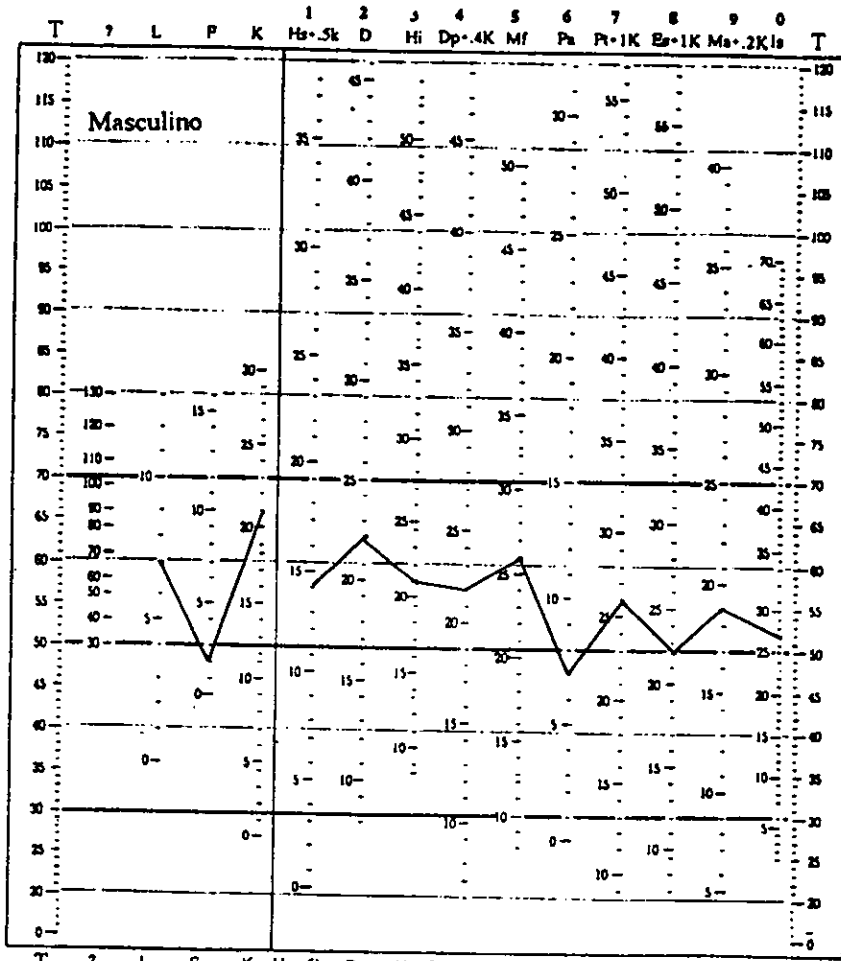
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 19

NEONATOLOGIA

2(5)34791086;K,L,F.

N= 6



T	7	L	P	K	Hs-.5k	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
Puntuación																
bruta		7	2	21		22	21		26	7						27
				K												
Puntuación corregida				14					22			26	22	19		

12. Perfil Femenino y Masculino de Neurología.

Tabla No. 20

Medias aritméticas y desviaciones estandar obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 4) y hombres (n 9) de la subespecialidad de:

NEUROLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	8.25	3.86	7.44	2.79
F	2.75	2.22	1.89	2.62
K	21.75	3.40	20.67	5.10
Hs	15.75	4.35	14.33	3.84
D	23.50	2.89	19.67	1.87
Hi	25.75	2.99	23.11	3.10
Dp	23.25	2.99	22.00	2.96
Mf	31.75	3.95	23.00	2.40
Pa	8.75	1.26	7.67	2.87
Pt	27.25	3.77	27.11	2.76
Es	26.00	3.46	26.33	3.04
Ma	20.00	2.94	20.89	1.83
Is	22.25	5.97	21.44	6.37

Resumen:

CLAVE: Fem.: 34(5)9218670; K, L, F.
Masc.: 3927148(5)60; K, L, F.

Intentan dar una buena imagen de sí mismos, no presentan problemas importantes y cuentan con la capacidad para resolver sus problemas.

Buscan la aceptación, reconocimiento y afecto de los demás lo que puede llevarlos a establecer relaciones interpersonales dependientes con las personas que se han sentido aceptados. Cuentan con la energía para lograr sus objetivos y buscan satisfacer de inmediato sus necesidades lo que puede llevarlos a tener problemas con figuras de autoridad y en sus relaciones interpersonales.

Las mujeres se describen como firmes, seguras y autosuficientes en la toma de decisiones y los hombres son amables, caballerosos sobre todo en el trato con los demás debido a su necesidad de aprobación. Son suspicaces y desconfiados en su trato con los demás, se mantienen atentos a lo que sucede a su alrededor. Trabajan bajo presión y laboran adecuadamente en situaciones en que deben tomar decisiones rápidas.

Son dinámicos y emprendedores, se interesan por su ambiente social el cual puede retribuirlos con su aceptación y afecto, sin embargo no están dispuestos a establecer relaciones profundas y comprometidas.

Las mujeres buscan hacer compatible su búsqueda de aceptación y reconocimiento de parte de los demás así como la manifestación de aspectos impulsivos antisociales. El control se ejerce a través del predominio de las necesidades de aceptación y afecto. Ajusta sus descargas impulsivas a las restricciones sociales. En los hombres existe actividad y la tendencia tratar de alcanzar un gran número de metas, pero les es más necesario el reconocimiento y aprobación de los demás e incluso manipular el ambiente.

Se ubican ambos grupos en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

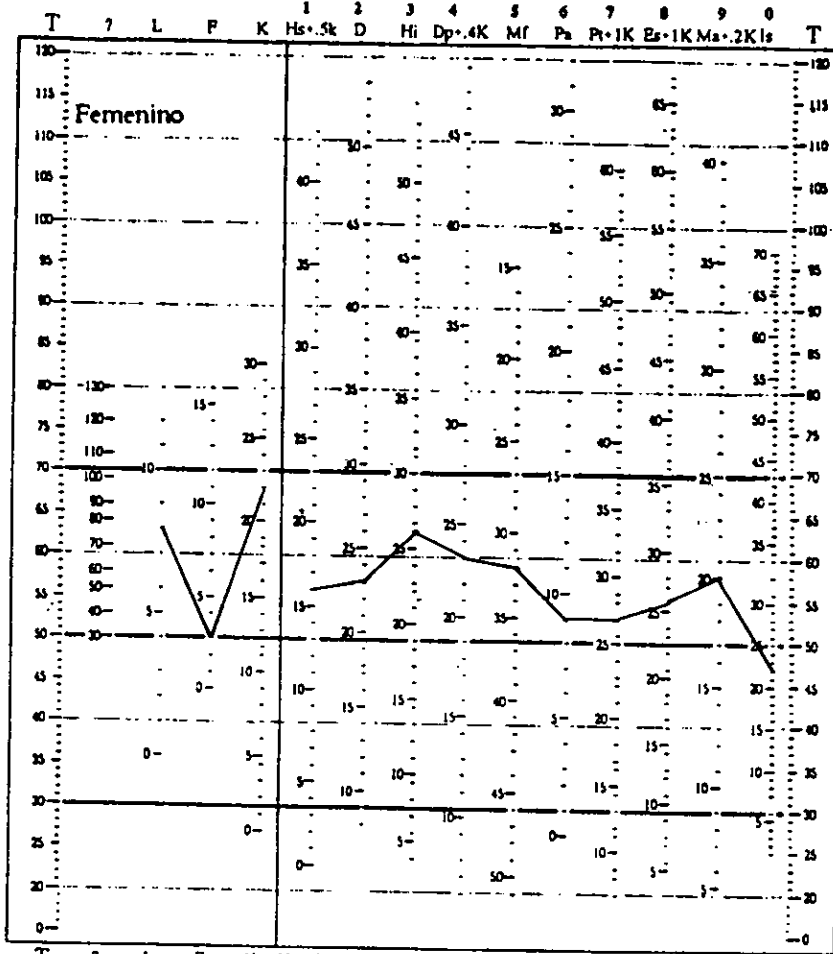
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 20

NEUROLOGIA

34(5)9218670;K,L,F.

N= 4



Puntuación	T	7	L	F	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T
bruta		8	3	22		23	26		32	9											22
					K																
Puntuación corregida					16				23					27	26			20			

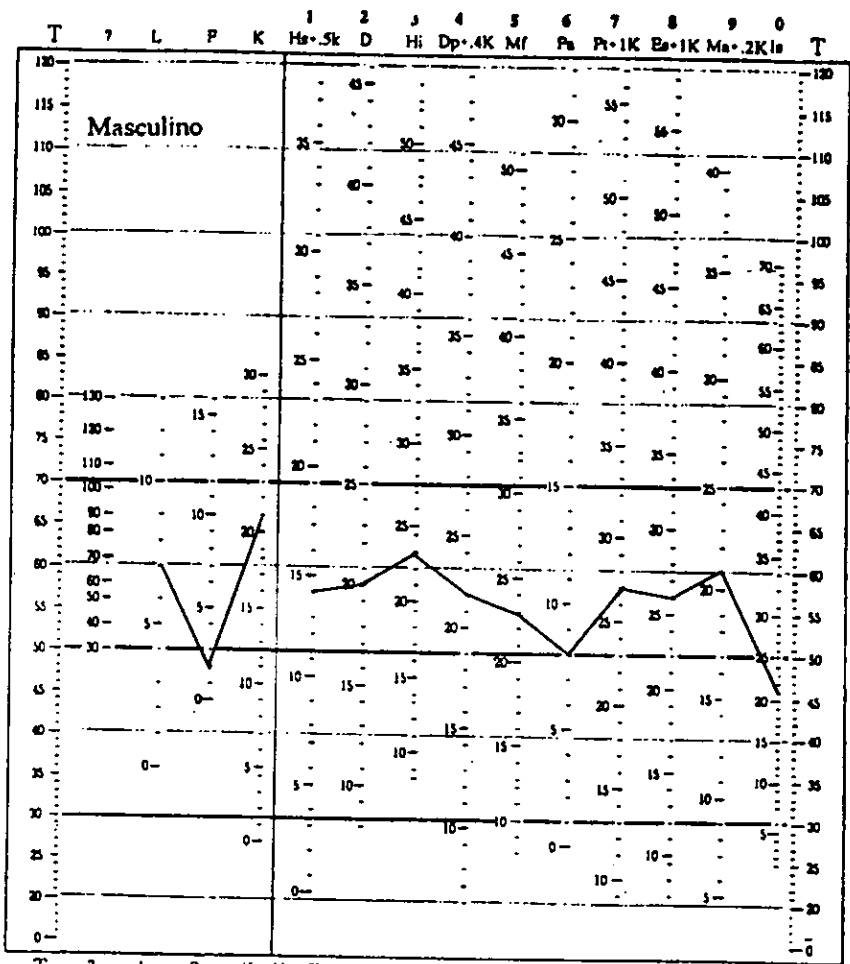
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 21

NEUROLOGIA

3927148(5)60;K,L,F.

N= 9



T	7	L	P	K	Hs	5k	D	Hi	Dp	4K	Mf	Pa	Pt	1K	Es	1K	Ma	2K	Is	T	
Puntuación																					
bruta		7	2	21			20	23			23	8									21
				K																	
Puntuación				corregida																	
				14						22				27	26						21

13. Perfil Femenino y Masculino de Oncología.

Tabla No. 21

Medias aritméticas y desviaciones estandard obtenidas de las puntuaciones de cada una de las escalas del grupo de mujeres (n 5) y hombres (n 6) de la subespecialidad de:

ONCOLOGÍA

Escala	MUJERES		HOMBRES	
	Media Aritmética	Desviación Estandard	Media Aritmética	Desviación Estandard
L	7.20	1.92	6.00	2.76
F	1.20	.45	4.50	3.62
K	21.60	3.65	18.00	5.66
Hs	15.20	4.55	14.17	6.79
D	20.60	3.29	21.67	4.23
Hi	23.20	2.49	22.50	6.47
Dp	25.40	3.36	23.00	4.38
Mf	33.00	.71	27.33	4.03
Pa	8.60	1.52	10.00	3.03
Pt	27.60	5.08	27.67	1.86
Es	22.80	3.77	27.83	6.27
Ma	18.40	1.52	20.83	3.92
Is	20.00	5.15	2.50	3.62

Resumen:

CLAVE: Fem.: 43(5)7126980; K, L, F.
 Masc.: 2(5)38479160; K, L, F.

Se autodescriben de forma favorable, no presentan problemas significativos y cuentan con la capacidad y recursos para resolverlos.

Las mujeres tienen un control de impulsos externo; no son tolerantes a la frustración y al rechazo y cuentan con la energía para llevar a cabo sus planes y metas. Los hombres tienen un control frágil y ocasionalmente tienen descargas impulsivas ya que siempre que las presentan resultan ser molestas para ellos. Buscan el reconocimiento y aceptación de las demás personas aunque no les gusta la dependencia, sus relaciones las establecen de esta forma.

Las mujeres se autodescriben como firmes, seguras, decididas y no solicitan ayuda de nadie para la toma de decisiones que hacen, los hombres se describen como amables y caballerosos e interesados por los demás aparentando ser frágiles. Ambos trabajan bajo presión y laboran adecuadamente ya que son emprendedores y dinámicos.

Sus relaciones interpersonales son superficiales bien integradas y cuentan con muchas amistades. Se autodescriben de forma realista, son sociables y los hombres pueden ser un poco más aislados y se permiten el uso de la fantasía que en comparación con las mujeres, la ocultan. Aparentan ser muy controlados y no molestarse en situaciones que les resulten ser desagradables y que provoquen la manifestación de conductas agresivas.

La capacidad de autocrítica se ve afectada en los hombres por sentimientos de tristeza, falta de motivación que los lleva a no realizar actividades aunque aparentan ser dinámicos se interesan principalmente por los aspectos sociales y convencionalmente se ajustan a las situaciones sociales con una comunicación aparentemente abierta, pero superficial.

Las mujeres presentan conductas espontáneas que parecen ser autoafirmativas hasta sumamente destructivas y se rigen por el temor al rechazo; encubiertas por la búsqueda de contactos sociales, mostrándose más independientes y autosuficientes para pertenecer a un grupo social bien integrado. Los hombres presentan falta de seguridad y de confianza en sus propias habilidades y la fuerte tendencia a buscar el reconocimiento y la aprobación de un grupo social, los sentimientos de inferioridad con los que se enfrenta a diversas situaciones se reducen parcialmente frente a las respuestas de aprobación que el grupo social muestra hacia su conducta.

Se ubican ambos grupos en el Grado 4 de psicopatología equivalente a la ausencia de elementos psicopatológicos.

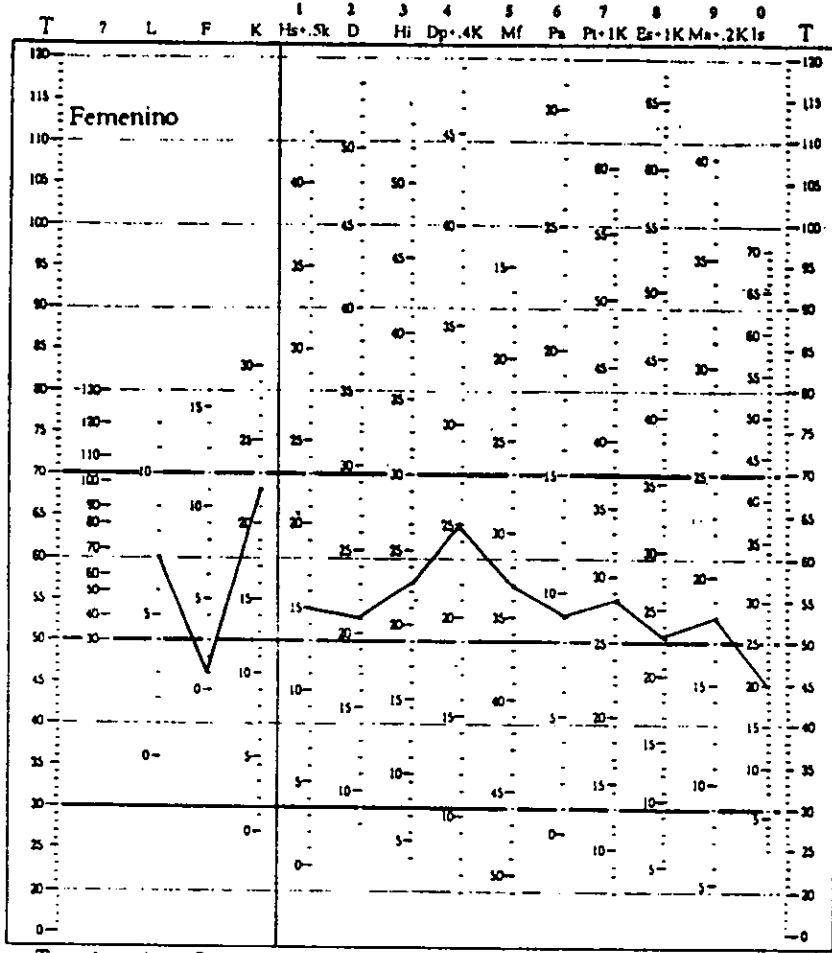
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 22

ONCOLOGIA

43(5)7126980;K,L,F.

N= 5



	T	7	L	F	K	Hs	.5k	D	Hi	Dp	.4K	Mf	Pa	Pt	.1K	Es	.1K	Ma	.2K	Is	T	
Puntuación bruta			7	1	22			21	23			33	9	7	8	9					20	
Puntuación corregida					K			15			25			28	23			18				

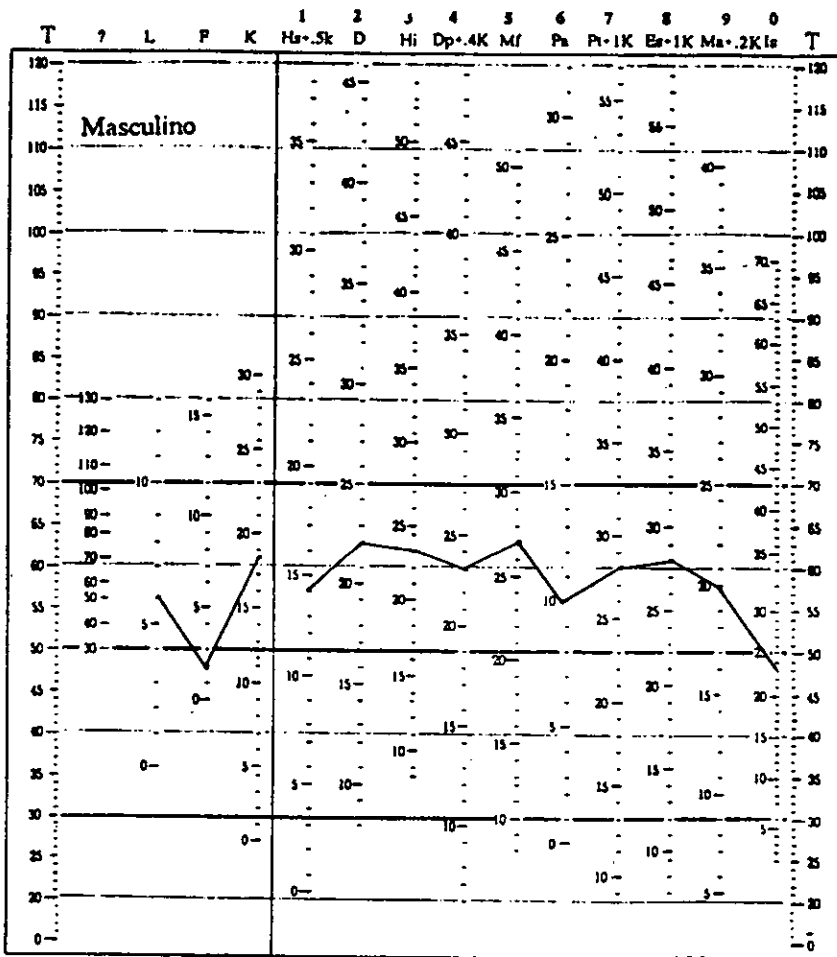
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

PERFIL No. 23

ONCOLOGIA

2(5)38479160;K,L,F.

N= 6



Puntuación
bruta

6 2 18 1 22 23 4 27 10 7 8 9 0 23

K

Puntuación corregida 64 23 28 28 20

CLASIFICACIÓN: GRADOS DE PSICOPATOLOGIA.

Todos los perfiles de las subespecialidades se ubicaron en los grados de psicopatología y se muestra la siguiente distribución:

***GRADO 1: Indica Psicopatología Severa.**

En este estudio no se observa la ubicación de ningún perfil en esta categoría.

***GRADO 2: Indica la Presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia.**

En esta categoría se ubicó 7.6% de la población total, predominando en las subespecialidades de Endocrinología (mujeres) y Gastroenterología (hombres).

***GRADO 3: Indica la presencia de algunos problemas que el sujeto intenta resolver por sí mismo.**

En esta categoría se ubicó el 6.2% de la población en las subespecialidades de Endocrinología (hombres) e Infectología (hombres).

***GRADO 4: Indica la ausencia de elementos psicopatológicos.**

En esta categoría se ubicó el 86.2% de la población total de las ocho subespecialidades restantes tanto el grupo de mujeres como de hombres.

Se realizaron comparaciones de hombres y mujeres por subespecialidad para observar si existían diferencias entre ellos. De todas las comparaciones realizadas sólo se encontraron diferencias significativas ($P < .05$) en las medias de las siguientes subespecialidades y escalas:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Anestesia | escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |
| 2. Cardiología | escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |
| 3. Endocrinología | escala 2 Depresión (D),
escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf), y
escala 0 Introversión Social (0) |
| 4. Gastroenterología | escala 6 Paranoia (Pa) |
| 5. Medicina del Enf. Ped. | escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |
| 6. Nefrología | escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |
| 7. Neonatología | escala 1 Hipocondriasis (Hs),
escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf), y
escala 0 Introversión Social (0) |
| 8. Neurología | escala 2 Depresión (D) y
escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |
| 9. Oncología | escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf) |

Las mujeres obtienen más altas calificaciones que los hombres en todas estas escalas.

Los aspirantes a Endocrinología y Neonatología logran diferenciarse en tres escalas y presentan diferencias en la escala 5 (Mf) y 0 (Is) ambos grupos.

CAPITULO V

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que los aspirantes tienen algunas características psicológicas comunes, en donde no se reportan síntomas depresivos en este grupo estudiado, ubicándose en la categoría de normal, sin psicopatología. Este resultado es contradictorio con lo reportado en otras investigaciones realizadas con poblaciones de médicos donde se reporta la presencia de depresión en el 12% de la población (Lawrence C., 1984 y Zoccolillo, 1988). La depresión es un factor potencial que reduce el bienestar psicológico del médico afectando su funcionamiento en la escuela médica y en la práctica (Rosal M., 1997).

El estado emocional es satisfactorio ya que no reportan síntomas que sugieran la presencia de malestar psicológico, no detectándose ningún "caso psiquiátrico", ya que en la literatura se ha reportado la detección y presencia del 11.50% de psicopatología en estudiantes de medicina mexicanos (De la Fuente y cols., 1987; Romero y Medina-Mora, 1987).

El nivel de ansiedad se ubicó dentro de lo normal, ya que no presentan ansiedad patológica incapacitante (SXR) y hacen un buen manejo de su ansiedad en estados que les pueden causar estrés (SXE). Se observa que tanto las mujeres como los hombres obtienen los mismos puntajes en ambas escalas.

Estos resultados indican por un lado que ninguno de los tres instrumentos utilizados resultó ser sensible al medir la variable y no porque el instrumento no sea válido y confiable, sino porque son instrumentos autodescriptivos que están sujetos a la mentira o fingimiento, debido a que el individuo contesta la respuesta que es más deseable o aceptable socialmente que las otras y mostrándose reservado en lo que respecta a la comunicación de su problemática sin que se tenga una motivación consciente del porque se explore esto y entonces crea una impresión favorable, ya que en este caso solicitaban el ingresar a una institución educativa en donde esta evaluación se realiza como requisito para que el aspirante obtenga algún fin personal (ser aceptado). Volkow et al., 1982 considera que para que un médico aspire a una residencia necesita de un nivel de salud óptimo y básicamente de introspección ya que contestan con mayor conciencia pero tratando de dar una buena imagen de salud mental.

Se observan rasgos de personalidad comunes en mujeres y hombres tales como el dar una buena imagen apegada a aspectos sociales deseables, negando la presencia de problemas y cuentan con una adecuada capacidad y recursos para resolver y enfrentar por sí mismos situaciones de conflicto, aunque cuatro grupos de las subespecialidades de Cardiología, Endocrinología, Nefrología (hombres) e Infectología (mujeres) muestran una tendencia a mentir más para mostrar una imagen aun más favorable, con la falta de reconocimiento de su problemática y con cierta capacidad para enfrentar los conflictos, en caso de llegar a tenerlos. Se muestran realistas al describir su salud y presentan poca sintomatología somática; son competitivos, activos y con gran iniciativa; sus relaciones interpersonales son superficiales, interesados por actividades del medio ambiente, son extrovertidos y tienen un control de impulsos externo. Algunos

de estos rasgos han sido reportados en otras investigaciones realizadas por Gutiérrez L., 1980; Otis y Weiss, 1973 y Zeldow P. y Daugherty, 1991.

Algunas de las diferencias en ambos grupos son que las mujeres se describen como autosuficientes, optimistas, dinámicas, alertas y sensibles a lo que sucede a su alrededor, buscan el reconocimiento y aceptación de los demás para satisfacer sus metas y logros aunque su mayor necesidad es el sentirse aprobadas y reconocidas por los demás; en tanto que los hombres se describen tolerantes, evitan situaciones de conflicto con otros, su forma de resolver los problemas es a través de la armonía, caballerosidad y el buen trato; valoran su vida laboral, familiar y cultural; son autocríticos y pueden presentar sentimientos de tristeza y falta de motivación, son inseguros aparentando ser dinámicos y activos; y en menor grado buscan el reconocimiento y aceptación de los demás.

Estas diferencias en los dos grupos también fueron observadas por Peng y cols., en 1995 y Váldez Sánchez, 1981.

Con estos resultados se puede aceptar la primera hipótesis H_1 que plantea que existen características de personalidad comunes en los médicos aspirantes a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México.

Recordando que una de las atracciones de la medicina es la diversidad de tipos de personalidad, se observaron características comunes en las diferentes subespecialidades pediátricas estudiadas, por ejemplo; en las subespecialidades de: Medicina del Enfermo Pediátrico, Neonatología y Oncología (grupo de hombres) presentan sentimientos de inseguridad ante una situación de autocrítica, hacen uso de sus experiencias pasadas, pueden presentar falta de motivación y secundariamente buscan el reconocimiento, aceptación y afecto de los demás, caracterizándose los de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico por tener un nivel adecuado de ansiedad el cual les permite tener una actitud crítica ante la vida, lo cual los hace ser concientes de sus fallas, problemas y de las posibles causas de ellos, los de Neonatología son más autocríticos ante sus descargas impulsivas y cuentan con la energía necesaria para conseguir lo que quieren y los de Oncología su autodescripción es más realista, con una adecuada capacidad para llevar a cabo sus objetivos y su capacidad de socialización; mientras que los de Nefrología (hombres) son sujetos más controlados, con un ajuste más dependiente y convencional al no tener conciencia de la demanda de aceptación y afecto que hacen a los demás mostrándose más firmes y estables y con menos sentimientos de insatisfacción.

En las subespecialidades de Infectología (mujeres) y Cirugía (hombres) buscan la aceptación, reconocimiento y la compañía de la gente, distinguiéndose el grupo de Infectología por mantener relaciones superficiales y dependientes, presentando la manifestación de síntomas físicos como defensa contra las presiones del ambiente y poder demostrar una buena tolerancia, mientras que los de Cirugía son más ansiosos y dependientes, mostrándose controlados por su necesidad de aceptación, tolerancia siendo rígidos y exigentes con los demás.

En la subespecialidad de Neurología (mujeres) muestran un ajuste de sus conductas impulsivas a las restricciones sociales ya que buscan el no exponerse a

situaciones de rechazo y mostrándose dinámicas y activas, mientras que el grupo de Oncología (mujeres) se muestran controladas por temor al rechazo, pero pueden presentar conductas impulsivas en ocasiones, percibiéndose entonces como conductas espontáneas con los demás considerándose entonces como un indicador normativo.

En la subespecialidad de Neurología (hombres) se muestran con gran actividad para alcanzar sus metas por la necesidad de mayor reconocimiento y aprobación social lo que los lleva a establecer relaciones interpersonales superficiales como forma de controlar sus reacciones infantiles e impulsivas, mientras que el grupo de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico (mujeres) muestran actividad y dinamismo, logran la mayoría de sus metas y objetivos para establecer más relaciones interpersonales superficiales.

En las subespecialidades de Neonatología (mujeres) y Nefrología (hombres) se muestran como personas dinámicas, emprendedoras y ambiciosas, con la energía para tratar de realizar múltiples actividades aunque no concluyen algunas de ellas por sentirse más atraídos por otras, sus relaciones interpersonales son superficiales bien integradas no estableciendo compromisos afectivos aunque se distinguen las de Neonatología por ser activas pero con características depresivas, inseguridad y pesimismo cuando se dan cuenta que no han alcanzado algunos de sus objetivos lo que las lleva a exagerar la expresión de sus fallas y fracasos y el grupo de Nefrología (hombres) por presentar más desorganización y falta de compromiso, cuentan con la posibilidad de realizar más actividades que el grupo anterior, al ser tolerantes a la frustración y no hacer caso de las críticas puesto que no les afectan su control de impulsos es más reducido.

En la subespecialidad de Cardiología los hombres son más activos y buscan el alcanzar la mayoría de sus metas para tener una mayor aprobación y reconocimiento social, sus relaciones interpersonales son superficiales y muestran control sobre sus reacciones de tipo infantil, presentan sentimientos de inseguridad ante la autocrítica con la posibilidad de tener una reducción de la misma en diferentes ocasiones, mientras que las mujeres son activas, dinámicas y buscan al alcanzar sus metas para incrementar sus relaciones interpersonales superficiales, dando una autodescripción más real de sí mismas y con buena capacidad de socialización.

En la subespecialidad de Gastroenterología el grupo de mujeres se muestran autocríticas ante sus descargas impulsivas y agresivas que en ocasiones no logran controlar, juzgándose entonces con severidad, cuentan con la capacidad de tomar decisiones y con la energía para alcanzar lo que quieren, aunque suelen ser desconfiadas, cautelosas y suspicaces ante la dificultad de establecer relaciones interpersonales, tratan de mostrarse controladas ante situaciones de conflicto que puedan ocasionar una respuesta negativa.

Mientras que se observó que en la subespecialidad de Anestesia ambos grupos muestran más características comunes que las demás subespecialidades, ya que presentan sentimientos de inseguridad ante la autocrítica aunque ante situaciones en las cuales han mostrado sus impulsos agresivos suelen juzgarse con gran severidad, cuentan con la energía para conseguir lo que quieren y constantemente están en la búsqueda de afecto, aceptación y reconocimiento de los demás para obtener la tolerancia de ese grupo. Su control de impulsos se ve controlado por sus sentimientos de

inseguridad y culpabilidad mostrando fuerte conflicto entre su energía y sus niveles de autocrítica.

Por otro lado se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en una misma escala en las diferentes subespecialidades como en la escala 1 (Hs: hipocondrías) en la subespecialidad de Neonatología; escala 2 (D: depresión) en las subespecialidades de Neurología y Endocrinología; la escala 5 (Mf: Masculinidad-Femineidad) en Anestesia, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Medicina del Enfermo Pediátrico, Nefrología, Neonatología, Neurología y Oncología; en la escala 6 (Pa: Paranoia) en la subespecialidad de Gastroenterología y en la escala 0 (Is: Introversión Social) en Endocrinología y Neonatología. En todas estas diferencias las mujeres obtienen mayores puntajes que los hombres. Cabe mencionar que la escala con mas diferencias fue la escala 5 (Mf) la cual se refiere a características masculinas y femeninas que el grupo asigna convencionalmente a los papeles sociales del hombre y la mujer, donde los hombres se describen como pasivos, altruistas, tolerantes, evitan conflictos con otros, resuelven problemas en forma armoniosa a través de la caballerosidad y el buen trato con la demás gente y las mujeres son decididas firmes y activas en su trabajo. Sin embargo las diferencias en esta escala no han sido tan estudiadas como las demás ya que se considera que pueden deberse al nivel cultural alcanzado por estos grupos y/o por tener intereses diferentes a los estereotipos de la cultura y rompen con este patrón esperado. Asimismo estos resultados, en que la escala 5 alcanza altas puntuaciones en hombres y mujeres es, apoyado por lo reportado por Valdés et al., en 1981.

Con estos resultados se rechaza la segunda hipótesis H_1 que plantea que existen diferencias significativas en las características de personalidad de hombres y mujeres aspirantes a una subespecialidad pediátrica del H.I.M.; aceptando la H_0 ya que no existen diferencias significativas en las características de personalidad de hombres y mujeres aspirantes a una subespecialidad pediátrica del H.I.M., ya que solo el 4.6% de todas las comparaciones realizadas estadísticamente fueron significativas a un nivel $P < .05$.

Adicionalmente se observó que el 86.2% de la población se ubica en el Grado 4 de psicopatología y nadie ocupa el Grado 1, así estos resultados apoyan lo encontrado por Gutiérrez L., en 1980., que reporta que el 80% de la población de médicos se ubica en el Grado 1 (clasificación propuesta en 1984) actualmente Grado 4 (clasificación dada en 1991 por Rivera O.), así el grupo de pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica no presentan psicopatología severa.

En el grado 2 se clasificó a la subespecialidad de Endocrinología (mujeres) y Gastroenterología (hombres) se observa que indican la presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia (ya que ambos presentan una escala clínica por arriba de T 70), el grupo de Gastroenterología un nivel de angustia alto ante la percepción de importantes síntomas físicos que les preocupan, volviéndose entonces en ideas fijas de sintomatología física las cuales provocan que se preocupen por la posibilidad de que se agraven y el grupo de Endocrinología presenta una gran actividad por alcanzar sus metas y objetivos por la necesidad de obtener mayor reconocimiento y aprobación social, siendo sus relaciones interpersonales superficiales, su control de

impulsos lo hace a través de reacciones infantiles impulsivas que puede en ocasiones proveerle una mejor manipulación de su ambiente. Es una población que debería de ser más estudiada para corroborar la presencia de elementos psicopatológicos de menor importancia, pero que influyen en ellos.

En el grado 3 se clasifico a Endocrinología (hombres) e Infectología (hombres) donde a pesar de reportar la presencia de ciertos problemas psicológicos son sujetos que buscan resolverlos por sí mismos. El grupo de Endocrinología muestra tener un nivel de manipulación social que pueden encubrir con enojo y agresión, pueden proyectar hacia su ambiente su propio rechazo y perciben a los demás como poco capaces de relacionarse con ellos provocando tener dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales, mientras que en el grupo de Infectología son inseguros ante la autocrítica, muestran control de sus conductas impulsivas y pueden ser autocríticos ante la presencia de culpabilidad, presentan fuerte constricción de su energía por los niveles de autocrítica elevados y el grado de severidad con el que se juzgan y finalmente buscan el conseguir lo que quieren.

Se observa que los grupos de la subespecialidad de Endocrinología indican la presencia de elementos psicopatológicos, por lo cual debería ser una población más estudiada para corroborar la presencia de psicopatología que esta influyendo en ellos.

CONCLUSIONES

Las teorías de los rasgos suponen que todas las personas poseen rasgos determinados, pero que la medida en que el rasgo se refiere a una persona en particular es variable y se puede cuantificar. La personalidad del médico es de vital importancia por el factor humano al que les obliga el ejercicio de su profesión: garantizar el desarrollo físico, mental y emocional de los niños; pero es necesario reflexionar que al iniciar la residencia no renuncia a su personalidad, intereses, sentimientos y que requiere que su estancia en la residencia sea una realización de sus potencialidades ya que si es al contrario se tendrá a un residente cuyas actividades le causen ansiedad, aburrimiento y monotonía.

El objetivo de la presente investigación fue el conocer las características psicológicas de los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México considerando elementos como el nivel de depresión, el estado emocional, nivel de ansiedad y rasgos de personalidad.

Las conclusiones a las que se llegan con la realización de esta investigación son:

1. Si existen características psicológicas comunes en los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad pediátrica del Hospital Infantil de México, tales como:

- a. Un nivel de depresión ubicado en lo normal sin psicopatología,
- b. No presentan malestar psicológico, ni síntomas; su estado emocional reportado es óptimo,
- c. Su nivel de ansiedad es óptimo ya que hacen buen uso de su ansiedad en estados estresantes (Ansiedad-estado) y por lo tanto no presentan ansiedad patológica o incapacitante (Ansiedad-rasgo), y
- d. Presentan rasgos de personalidad comunes: ser dinámicos, inseguros, buscar el reconocimiento, aceptación y afecto de los demás, ser extrovertidos, un control de impulsos externo, etc.

2. No existen diferencias significativas en las características de personalidad entre hombres y mujeres aspirantes a una subespecialidad; aún cuando la escala Mf (M.M.P.I.) presentó diferencias $P < 0.05$, se observa la falta de estudios sobre las diferencias en las puntuaciones en esta escala y se explica más en función del estereotipo social de género esperado, así solo el 4.6% de todas las comparaciones realizadas mostraron diferencias significativas en algunas escalas del M.M.P.I. (Hs, D, Pa y Is).

Por lo tanto las mujeres y los hombres de las diversas subespecialidades presentan características de personalidad comunes.

3. El 86% de la población no presentan elementos psicopatológicos y se ubicaron en el Grado 4 de psicopatología, siendo un índice favorable para los médicos pediatras aspirantes a una subespecialidad.

4. La utilidad de los instrumentos: Escala de Automedición de la Depresión de Zung; Cuestionario General de Salud y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es cuestionable ya que apesar de ser validas y confiables, en esta población no resultaron ser sensibles y su utilización puede provocar la elevación de sus defensas para dar una imagen favorable y aceptable socialmente.

SUGERENCIAS

A partir de este trabajo se observa la necesidad de hacer más estudios en la población de médicos, sobre todo el tomar en cuenta las características de personalidad, sugiriendo lo siguiente para futuras investigaciones:

1. Un tamaño mayor de la muestra, ya que a pesar de ser significativa la utilizada en esta investigación en cada una de las subespecialidades de tenían pocos sujetos a estudio.
2. Al tener un grupo mayor, las características no solo podrán se descritas, sino que se pueda optar por la realización de un perfil confiable y estable a través del M.M.P.I. por subespecialidad ya que se requiere de observaciones repetidas para detectar la presencia de una característica para poder determinar si es estable y/o relevante de ese grupo de individuos.
3. Realizar estudios donde las características psicológicas puedan correlacionarse con Rendimiento Escolar y que estas características puedan ser utilizadas como factores predictivos del Rendimiento Escolar del médico que ingresa a una subespecialidad.
4. Estudiar la relación que pueda existir entre las características psicológicas y el tipo de la subespecialidad elegida, ya que es muy poco lo que se ha escrito sobre la personalidad del médico y sobre los cambios emocionales que ocurren durante sus años de estudio y como estos factores influyen en la elección de la especialidad o subespecialidad.
5. La utilización de instrumentos no sintomáticos que sugieran la exploración de psicopatología para obtener respuestas reales y no con la intención de dar una buena imagen en un proceso de selección.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alatorre Rico, Javier. (1994) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
2. Amelany, Manfred y Bartussek, Dieter. (1986) Psicología diferencial e Investigación de la Personalidad. Barcelona: Editorial Herder.
3. Anastasi, Anne. (1978) Test Psicológicos. Madrid: Ediciones Aguilar.
4. Arias Galicia, F. (1990) Administración de Recursos Humanos. México: Trillas.
5. Arias Galicia, F. (1990) Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 3, 49-85.
6. Arias Galicia, F. y Torres R., José. (1988) Tres Experimentos sobre el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2, 267-279.
7. Behrman, Richare E. y Vaughan, Victor C. (1989) NELSON Tratado de Pediatría. México: Interamericana Mc Graw-Hill.
8. Bischof S., Ledford. (1973) Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
9. Brown, Frederick G. (1980) Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: El Manual Moderno.
10. Bullimore, D. W. (1992) Selection Interviewing for Medical School Admission. Medical Education, 26, 347-349.
11. Caraveo J., J.; González F., C. y Ramos L., L. (1985) Indicadores Clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. Salud Pública Méx. 27, 140-148.
12. Coffin, Susan E. y Babbot, David. (1989) Early and Final Preferences for Pediatrics as a Specialty: A Study of U. S. Academic Medicine, 64, 600-605.
13. Collins J., P.; White R., G.; Petrie F., K. y Willoghby W., G. (1995) A Structured Panel Interview and Group Exercise in the Selection of Medical Students. Medical Education, 29, 332-336.
14. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. (1996) XX Exámen Nacional para Aspirantes Mexicanos y Extranjeros a Residencias Médicas. Información General. México: Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua.
15. Coronas, Rita y Cucala, Elisa. (1987) Análisis de la Evaluación del Individuo. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
16. Cueli, José y Reidl, Lucy. (1990) Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
17. Davidoff L., L. (1989) Introducción a la Psicología. México: Mc Graw-Hill.
18. De la Fuente, R. (1994) Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
19. De la Fuente, R.; Díaz Martínez, A. y Fouilloux, C. (1987) El Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina, U.N.A.M. Salud Mental, 3, 3-8.
20. Dorchs F.; Bergius R. y Ries H. (1985) Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.
21. Downie, N.M. y Heath, R.W. (1990) Métodos Estadísticos Aplicados. México: Harla.
22. Edwards C., J.; Johnson K., E. y Molidor B., J. (1990) The Interview in the Admisión Process. Academic Medicine, 65, 167-177.
23. Elorza, Haroldo. (1987) Estadística para Ciencias del Comportamiento. México: Harla.
24. Engrer, Barbara. (1996) Introducción a las Teorías de la Personalidad. México: Mc Graw-Hill.

25. Glick M., S. (1994) Selection of Medical Students: The Beer-Sheva perspective. Medical Education, 28, 265-270.
26. Goldbeck W., S. (1996) Choosing Tomorrow's doctors (Editorial). BMJ, 10, 313.
27. Gutiérrez López, M.; Isaacahua Solares, C. y Palacio Pérez. (1980) El Perfil Psicológico del Residente en Pediatría. Facultad de Psicología, U.N.A.M. Tesis Licenciatura.
28. Hall S., C. y Lindzey, G. (1974) La Teoría Factorial de la Personalidad. Argentina: Editorial Paidós.
29. Hathaway S., R. y McKinley J., C. (1981) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota. Manual Revisado. México: Manual Moderno.
30. Hernández S., R.; Fernández C., C. y Baptista L., P. (1991) Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
31. Hobfoll E., S.; Anson, O. y Antonousky, A. (1982) Personality factors as predictors of Medical Student Performance. Medical Education, 16, 251-258.
32. Iserson, V., Kenneth. (1993) Getting into a residency. Gales Press, Ltd.
33. Jaris L, Irving; Mahl F., Gorge; Kagan, Jerome y Holt R., Robert. (1969) Personality Dynamics, Development and Assessment. New York: Harcourt Brace & World, Inc.
34. Kitamura, T.; Shima, S.; Sugawara, M. y Toda, M. A. (1994) Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. Acta Psychiatrica, Scand, 90, 446-450.
35. Kladt E., Martha. (1976) Estandarización del M.M.P.I. para los médicos postulantes a la residencia. Facultad de Psicología, U.N.A.M. Tesis Licenciatura.
36. Kline, Paul. (1983) La Personalidad. Teoría y Practica. Madrid: Editorial Fundamentos.
37. Knight, R. G.; Waal-Manning, H. J. y Spear, G. F. (1983) Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-rating Depression Scale. British Journal of Clinical Psychology, 22, 245-249.
38. Lanyon I. y Goodstein D., Leonard. (1977) evaluación de la Personalidad. México: El Manual Moderno.
39. Lawrence D., D. ; Hollingswoth, Merris A.; Zaccaro, Daniel J.; Cariaga-Lo, Liza D. y Richards, Boyd F. (1994) Does a Problem-based Learning Curriculum Affect Depression in Medical Students?. Academic Medicine, 10, S25-S27.
40. Lorenzo G., J. (1987) Psicología de la Personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva.
41. Liew, Tracy A.; Schroeder, Steve A. y Aitman, David F. (1989) Specialty Choices at One Medical School: Recent Trends and Analysis of Predictive Factors. Academic Medicine, 64, 622-629.
42. Magnusson, David. (1986) Teoría de los tests. México: De. Trillas.
43. Martínez, Pedro. (1951) Notas sobre Pediatría en México en la primera mitad del Siglo XX. Boletín del Hospital Infantil de México, V. 8, 735-742.
44. Marx H., Melvin y Hillix A., William. (1963) Systemas and Theories in Psychology. New York: Mc Graw-Gill Book Company.
45. Medina-Mora, M.E., Padilla, G., Mas, C.; Ezbán, M., Caraveo, A., Campillo, S. y Corona, J. (1985) Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiátr. Psicol. Amer. Lat, 31, 53-61.
46. Méndez R., Y.; Namihira E., P.; Moreno A., L. y Sosa M., C. (1994) El Protocolo de Investigación. México: Trillas.

47. Morales C., F. y González C., G. (1990) Normalización del Instrumento de Ansiedad (IDARE) en Mujeres Embarazadas. Revista Mexicana de Psicología, 7, 75-80.
48. Nuñez, Rafael. (1994) Aplicación del M.M.P.I. a la Psicopatología. México: Manual Moderno.
48. Nuñez, Rafael. (1991) Manual práctico del M.M.P.I. México: Trillas.
50. Padilla, P., Ezbán B., M., Medina-Mora, M.E., Mas C., C. y Campillo C., S. (1984) El médico general en la detección de trastornos emocionales. Salud Pública Méx. 26, 138-145.
51. Morris, Charles G. (1987) Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
52. Otis, Gerald D. y Weiss, Joann R. (1973) Patterns of Medical Career Preference. Journal Medical Education, 48, 1116-1123.
53. Padilla, P., Mas, C., Ezbán, M., Medina-Mora, M.E. y Pélaez, O. (1984) Frecuencia de trastornos mentales en poblaciones que asisten a la consulta general de un centro de salud. Salud Mental, 7, 72-78.
54. Pelechano, Vicente; Bagueña, Ma. José; García, Livia y De Miguel, A. (1996) Psicología de la Personalidad. España: Ariel.
55. Peng R.; Khaw H., H. y Edariah B., A. (1995) Personality and Performance of preclinical Medical Students. Medical Education, 29, 283-288.
56. Pichot, Pierre. (1991) Los Test Mentales. México: Paidós.
57. Rivera J., Ofelia. (1987) Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I. México: Diana.
58. Rivera J., Ofelia. (1991) Interpretación del M.M.P.I. en Psicología Clínica, Laboral y Educativa. México: El Manual Moderno.
59. Rivera J., O.; Ampudia, I. y cols. (1976) El M.M.P.I. en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. Psiquiatría, 2, 58-65.
60. Rivera J., O.; Monzón, L.; Lucio, E. y Ampudia, I. (1978) Investigación sobre la Interpretación automatizada del M.M.P.I. para estudiantes universitarios. Psiquiatría, 2, 1-6.
61. Rolfe Y., T.; Powis A. y Smith A., J. (1995) Time for a review of admission to medical school?. Lancet, 18, 1329-1333.
62. Romero Mendoza, M. y Medina-Mora, M. A. (1987) Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. Salud Mental, 3, 90-97.
63. Rosal, Milagros C.; Ockene, Ira S.; Ockene, Judith K.; Barret, Susan V.; Ma, Yunsheng y Hebert, James R. (1997) A longitudinal Study of Students' Depression at One Medical School. Academic Medicine, 6, 542-546.
64. Siegel, Sidney. (1975) Estadística No Paramétrica. México: Trillas.
65. Spielberg, C.D. y Diaz-Guerrero, R. (1975) IDARE inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual. México: El Manual Moderno.
66. Suárez González, Verónica. (1989) Validación de la Escala de automedición de la Depresión de Zung. México: U.N.A.M., Facultad de Psicología. Tesis Licenciatura.
67. Tarico V.; Smith L., W.; Altmaier E.; Franken A., E. y Van Velzen, A. (1984) Critical Incident Interviewing in Evaluation of Resident Performance. Radiology, 152, 327-329.
68. Taylor D., A.; Craig C. y Sinclair E., A. (1990) Personality Types of Family residents In the 1980s. Academic Medicine, 65, 216-218.
69. Tutton P., J. (1993) Medical School entrants: semi-structures interview ratings, prior scholastic achievement and personality profiles. Medical Education, 27, 328-336.

70. Valdés Sánchez. (1981) Perfiles característicos del M.M.P.I. en médicos que eligen una especialidad. Facultad de Psicología, U.N.A.M. Tesis Licenciatura.
71. Viniestra, L. (1985) La utilidad diferencial de algunos criterios evaluativos de Selección de candidatos para ingresar al Posgrado en Medicina. Revista de Investigación Clínica. 37, 57-59.
72. Virella, Basilisa; Arbona, Consuelo y Novy, Diane M. (1994) Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the State-Trait Anxiety Inventory. Journal of Personality Assessment. 3, 401-412.
73. Volkow, Nora D.; De la Fuente, R.; Gómez-Font, F. y Cuevas F., Lucía. (1982) Rasgos de Personalidad de Estudiantes de Medicina, Nuevas Posibilidades del M.M.P.I. Rev. Inv. Clín. (Méx) 34,31-38.
74. Walton, H. J. (1987) Personality Assessment of Future Doctor. Discussion Paper. Journal of the Royal Society of Medicine. 80, 27-30.
75. Whittaker J., O. y Whittaker S., J. (1990) Psicología. México: Mc Graw-Hill.
76. Zeldow, Peter B. y Daugherty, Steve R. (1991) Personality Profiles and Specialty Choices of Students from Two Medical School Classes. Academic Medicine. 66, 283-287.
77. Zoccolillo, Mark. (1988) Major Depression During Medical Training. JAMA. 4, 2560-2561.

A N E X O S

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GOMEZ"
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 E A M D

FOLIO:

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____ SUBESPECIALIDAD: _____
 Este cuestionario es estrictamente confidencial. Conteste de forma individual;
 Marque con una X la respuesta correcta, al terminar dele vuelta a la hoja.

		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	COMIENZA DEJANTE
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	En la mañana me siento mejor.				
3	Tengo accesos de llanto y deseos de llorar.				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5	Como igual que antes solia hacerlo.				
6	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7	Usto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo molestias de constipación (estreñimiento).				
9	El corazón me late mas aprisa que de costumbre.				
10	Me canso sin hacer nada.				
11	Tengo la mente tan calra como antes.				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy mas irritable de lo usual.				
16	Me resulta fácil tomar desiciones.				

		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAN EN ESTE
17	Siento que soy útil y necesario.				
18	Mi vida tiene bastante interés.				
19	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20	Todavía disfruto con las mismas cosas.				

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FELIPE GÓMEZ"
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
CUESTIONARIO GENERAL

FOLIO:

NOMBRE:

ESPECIALIDAD:

SUBESPECIALIDAD:

Por favor lea con cuidado y contesté las preguntas. Ponga una X en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

	1	2	3	4
1	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2	NO	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
3	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
4	NO	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5	NO	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6	NO	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
9	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

10	¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12	¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
13	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
14	¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15	¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
16	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18	¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	NO, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19	¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
20	¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	NO, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21	¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	NO	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22	¿Se ha sentido triste y deprimido?	NO, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

23	¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24	¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25	¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26	¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar"?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Si
28	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
29	¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Si

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	④	③	②	①
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico (a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	①	②	③	④

