



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Perfiles de personalidad
en estudiantes de la licenciatura en Medicina
a partir de las escalas del MMPI 2

Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Araujo García José de Jesús

Directora: Lic Karla María González Mancera
Dictaminador



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla,
Estado de México 02 de junio 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

1	Introducción.....	3
2	Planteamiento del problema	4
3	Pregunta y variable de trabajo:	5
3.1	Contexto social	5
3.2	Justificación de la necesidad de atención a la salud con esta muestra	12
3.3	Justificación de la necesidad elaborar un perfil de personalidad y salud con esta muestra.....	23
3.3.1	Personalidad y salud.	24
3.3.2	Utilidad empírica del conocimiento perfil de personalidad.	31
4	Justificación de la actividad como profesional de la psicología en procesos de aplicación de instrumentos:	33
5	Estrategia y metodología de evaluación	35
6	Método.....	35
7	Procedimiento	36
8	Resultados	38
9	Conclusiones.....	49
10	Bibliografía.....	51
11	Anexos.....	54

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud, menciona que el perfil de la carga de enfermedad relacionada a los trastornos mentales ha cambiado, sus cifras muestran el incremento de sus incidencias por lo que se requiere comprender que una “evaluación adecuada de las necesidades es la piedra angular de la priorización, la inversión acertada y la respuesta apropiada” (OMS, 2018, pág. 2), esto se debe en parte porque las evaluaciones que se han aplicado en diferentes proyectos de investigación, separan lo psiquiátrico de lo neurológico, además de que el suicidio y las autolesiones aún no se consideran con un vínculo claro a las enfermedades mentales, existe dificultad para interpretar la presencia de dolencias físicas como producto de una somatización psicológica en la que los problemas mentales se representan en forma de dolor corporal y/o trastornos metabólicos. También un problema durante las evaluaciones en salud mental, es excluir los trastornos de la personalidad así como identificar los decesos de pacientes relacionados a enfermedades mentales.

Uno de los temas más importantes a tratar en términos de Salud Pública Mental es el del consumo nocivo del alcohol, ya que conforme la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2015) al año se producen unos 3.3 millones de muertes en el mundo, con relación al alcohol, además de que también se relaciona con una serie de trastornos de la salud como afecciones cardiacas, circulatorias, metabólicas y de obesidad, estos problemas de salud se consideran como el origen de algunas enfermedades mentales o bien, se constituyen como una puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales, en este sentido, el Consejo Nacional Contra las Adicciones, reportó que dentro de la prevalencia de quienes han bebido alguna vez en la vida, los resultados demuestran que en los hombres, este hábito de consumo creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres el incremento es de 53.6% a 62.6%, mientras que la percepción del riesgo ha disminuido, esto conforme un estudio de Carrasco, Natera, Arenas, Reyes & Pacheco, (2015) publicado en la revista Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) .

A partir de lo anterior, la presente investigación propone la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota a una muestra de estudiantes de una Institución de Educación Superior (IES) que al momento de la aplicación, contaba con 495 alumnos inscritos en la Licenciatura en Médico Cirujano Integral, de los cuales 123 alumnos estaban cursando el primer semestre. En esta comunidad estudiantil, los registros universitarios de incidencias han presentado un incremento constante en los reportes relacionados con problemas personales en los alumnos y percepción de dificultades para el manejo del estrés de 2016 a 2018, mientras que los registros de tutorías han detectado casos de pensamiento suicida, pensamientos relacionados con síntomas de depresión, trastornos de ansiedad y conflictos interpersonales.

Esta evaluación tuvo el objetivo de describir los perfiles de personalidad de una muestra de estudiantes de primer semestre de la licenciatura en medicina, mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). A partir de los resultados obtenidos, se busca identificar, las áreas de mayor oportunidad de desarrollo humano,

conforme los resultados del MMPI.

A partir del análisis de los resultados, se puede apreciar que solamente en la escala de Mentira, una de las puntuaciones típicas se mostró en más del 30% de los evaluados, el resto de las escalas en sus aspectos negativos solamente se presentaron en menos del 20% de los sujetos evaluados, no obstante es importante atender a aquellos perfiles que conforme las escalas indicaron puntuaciones que pueden predefinir una personalidad asociada a problemas de desarrollo psicológico.

Son importantes todas estrategias de detección oportuna de problemas asociados con la salud mental y la salud física permiten orientar las intervenciones de forma preventiva ya que los trastornos mentales una vez que inician su proceso de desarrollo no solamente afectan a la persona, sino también tienen cierto nivel de impacto en la sociedad además de ser un factor de desigualdad y problemas laborales, por lo que las evaluaciones de este tipo deben orientar las acciones preventivas de los departamentos de psicología en instituciones de educación superior.

2

3 Planteamiento del problema

En esta IES que forma a profesionales de la medicina, hasta el momento del estudio, se brindaba atención a un total de 495 alumnos inscritos en la Licenciatura en Médico Cirujano Integral, en la medida en que se ha incrementado la matrícula año con año, también se han incrementado el número de incidencias relacionadas con problemas conductuales, toda vez que en 2016 se registró un 23% de alumnos que se dieron de baja por problemas personales y estrés, en 2017 incremento al 27% se dieron de baja por estos mismos motivos y en 2018 se tuvo un nuevo incremento hasta el 36% de bajas por la misma referencia, mientras que los registros de tutorías han detectado casos de pensamiento suicida, pensamientos y conductas relacionados con síntomas de depresión, trastornos de ansiedad y conflictos interpersonales.

Diferentes investigaciones publicadas, refieren problemas de salud y personalidad en estudiantes de medicina como estrés, ansiedad y depresión que afectan de forma puntual a esta población, de esta forma, es imprescindible contar con datos que permitan un referente o punto de partida para posibles intervenciones preventivas, ya que no existen registros sistemáticos de las incidencias ni diagnóstico psicológico previo que sirva como eje de algún proceso de intervención y que pase de establecer respuestas de tipo emergente y reactivo ante problemas conductuales, a la aplicación de programas preventivos y de respuesta organizada a las necesidades de atención psicológica que puedan presentar los estudiantes.

Si bien, las escalas del MMPI no pertenecen a un instrumento para predecir el futuro de las conductas, al ser un instrumento confiable y con diversos antecedentes de aplicaciones en diversas instituciones, es un instrumento cuyos resultados permiten tomar decisiones con una mejor orientación sobre las necesidades de atención salud mental que pueda requerir la comunidad universitaria.

Por todo lo anterior surge la pregunta: **¿Cómo son los perfiles de personalidad de una muestra de estudiantes de primer semestre de la licenciatura en medicina, mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota?**

4 Pregunta y variable de trabajo:

¿Cómo son los perfiles de personalidad de una muestra de estudiantes de primer semestre de la licenciatura en medicina, mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota?

Variable:

Perfil de personalidad: Resultados de la evaluación, para cada una de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota que se encuentran dentro de la norma, conforme puntuación establecida por el manual de la prueba.

Definición conceptual: Patrones de conducta que se mantienen consistentes en el tiempo tienen funciones de autorregulación, establecimiento de metas, toma de decisiones, autorrepresentación cognitiva, establecer respuestas diferidas (personales) ante un mismo estímulo, por ello se presenta un principio de organización interna y de las acciones individuales. (Jiménez, 2015)

Definición operacional: Rasgos estables y duraderos en los actos, los pensamientos y las emociones que distinguen a las personas entre sí y se pueden evaluar a partir de la calificación de reactivos (enunciados) como verdaderos para aquellos que la persona considera que le describen y falsos para aquellos reactivos que objetivamente considera que no le describen, mismos que se encuentran agrupados en escalas clínicas y se miden por la "normalidad" conforme las puntuaciones Típicas (T)

Objetivo: Describir los perfiles de personalidad de una muestra de estudiantes de primer semestre de la licenciatura en medicina, mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

4.1 Contexto social

México, tiene la denominación oficial como Estados Unidos Mexicanos, se constituye como una república con un sistema político democrático y representativo organizado por 2 456 municipios que se agrupan en 32 estados federales. Aguascalientes es una de las Entidades menores del país y está ubicado en el centro de la República Mexicana. Aguascalientes colinda al norte, noreste y oeste con Zacatecas; al sureste y sur con Jalisco. Su extensión es de 5,197 km². y representa el 0.3% del porcentaje territorial de la superficie del país conforme el Instituto Nacional de Geografía e Historia (INEGI, 2017).

El estado de Aguascalientes es uno de estos 32 estados que se compone por una población constituida por 1 369 306 habitantes de los cuales se tiene una media en la edad de 24 años, con un 58.2% del total de la población considerada económicamente dependiente, según datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2017) y del Gobierno del Estado de Aguascalientes, la población del estado se compone por 51.3% de población femenina, mientras que el 48.7% corresponde a población de hombres, de estas cifras, la mayor parte de la población se concentra en el Municipio Capital de Aguascalientes, con 910 203 habitantes, seguido de Jesús María con 125 603 habitantes y Calvillo con 59 785 habitantes, municipios que además, territorialmente se ubican muy cerca en distancia geográfica:

**Población total por municipio
1980-2018**

Municipio	Población total							
	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018*
Estado	519.439	719.659	862.720	944.285	1.065.416	1.184.996	1.312.544	1.369.306
Aguascalientes	341.481	479.659	582.827	643.419	723.043	797.010	877.190	910.203
Asientos	24.395	32.225	35.762	37.763	40.547	45.492	46.464	50.920
Calvillo	37.099	48.440	51.658	51.291	50.183	54.136	56.048	59.785
Cosío	8.671	10.247	12.136	12.619	13.687	15.042	15.577	16.869
El Llano	7.190	11.566	14.278	15.327	17.115	18.828	20.245	21.090
Jesús María	25.147	41.092	54.476	64.097	82.623	99.590	120.405	125.603
Pabellón de Arteaga	19.836	26.051	31.650	34.296	38.912	41.862	46.473	46.981
Rincón de Romos	26.995	33.781	38.752	41.655	45.471	49.156	53.866	55.355
San Francisco de los Romo	10.783	15.049	17.836	20.066	28.832	35.769	46.454	50.586
San José de Gracia	5.700	6.740	7.170	7.244	7.631	8.443	8.896	9.545
Tepezalá	12.142	14.809	16.175	16.508	17.372	19.668	20.926	22.368

Tabla 1 Población total por municipios de Aguascalientes. Tomado de INEGI (2017) datos del Censo General de Población y Vivienda 2000, 2010, Conteo de Población y Vivienda 2005, Encuesta Intercensal 2015; Consejo Estatal de Población, (COESPO), proyecciones 2019 a mitad del año 2019.

Mientras que la distribución de la población por grupos de edad de indica que la mayoría de la población se encuentra en la etapa de desarrollo de la adolescencia ya que solamente en el estado de Aguascalientes, se tienen 809.575 personas en edades entre 15 y 59 años, por lo que este grupo poblacional es en el que se concentra la mayor densidad poblacional, esta tendencia se ha mantenido estable desde 2010 y es coincidente con las cifras que se han registrado de la población total:

Grupos de Edad	Población total 2010		Población total 2015		Proyecciones Población total 2018	
	Nacional	Aguascalientes	Nacional	Aguascalientes	Nacional ^{b/}	Aguascalientes ^{c/}
0 a 14 años	32.515.796	374.237	32.751.560	389.575	33.234.211	376.212
15 a 59 años	68.367.957	717.122	74.256.103	809.251	78.060.977	857.415
60 años y más	10.055.379	89.605	12.436.321	113.009	13.442.600	135.679

Tabla 2 Población total por municipios de Aguascalientes. Tomado de INEGI (2017) datos del Censo General de Población y Vivienda 2000, 2010, Conteo de Población y Vivienda 2005, Encuesta Intercensal 2015; Consejo Estatal de Población, (COESPO), proyecciones 2019 a mitad del año 2019

Con lo anterior, si se segmenta de forma más reducida la distribución de la población por grupos de edad, se tiene una mayoría de mujeres con el 51.23% mientras que el 48.77% son hombres, lo cual da una distribución casi equitativa por sexo, mientras que la población de 0 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años es la que tienen las mayores cargas de población según el gráfico de comparación entre bloques de edad de cada 4 años:

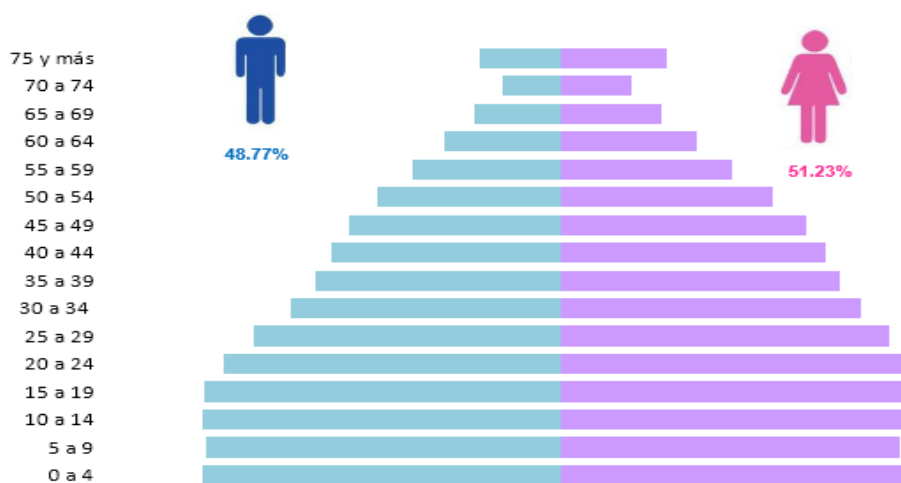


Ilustración 1 Distribución de la población por grupos de edad. Tomado de INEGI (2017) datos del Censo General de Población y Vivienda 2000, 2010, Conteo de Población y Vivienda 2005, Encuesta Intercensal 2015; Consejo Estatal de Población, (COESPO), proyecciones 2019 a mitad del año 2019

La población de Aguascalientes se caracteriza por una constante movilidad social, esto es, que sus actividades se diversifican tanto en lo cultural, como en lo económico, en lo social y político, en su población (Gobierno de la República, 2015), el Estado de Aguascalientes conforme datos de INEGI y Gobierno del Estado (INEGI, 2018), considera a cerca del 54% como población económicamente activa, y en general, sus habitantes en 93.4% tienen alguna actividad u ocupación, esto es, que su población caracteriza dinamismo y gran movilidad, pues estas cifras son en personas mayores de 12 años de los que 37.1% , se dedican a la

preparación académica (Secretaría del Trabajo y Previsión Social., 2015).

El estado de Aguascalientes por su localización geográfica en el centro norte del país y “colinda al norte, noreste y oeste con Zacatecas; al sureste y sur con Jalisco. Su extensión es de 5,197 km² y representa el 0.3% del porcentaje territorial de la superficie del país” (INEGI, 2016). De acuerdo con el INEGI, Al segundo trimestre de 2017, la Población Económicamente Activa (PEA) se calcula en 574,193 personas, lo que representó el 59.7% del total de la población en edad de trabajar. Del total de la PEA, el 95.8% está ocupada laboralmente y 4.2% desocupada o desempleada y sus principales actividades productivas se encuentran concentradas en la fabricación de maquinaria y equipo en primer lugar (20.6%); mientras que en segundo lugar productivo se tiene el comercio (14.9%); el tercer eslabón productivo es la industria de la construcción (11.3%); seguido de los servicios inmobiliarios y de los servicios de alquiler de bienes muebles e intangibles (11.1%); mientras que el sector de los transportes, correos y almacenamiento es otra de sus actividades laborales con importancia para el desarrollo del Estado (4.7%), Con base en el Anuario Estadístico y Geográfico por Entidad Federativa 2016 (INEGI, 2016), el estado de Aguascalientes contaba en el 2015 con una longitud de caminos carreteros de 2,375 km, 222.6 km de vías para transporte ferroviarios, un aeropuerto internacional y un aeródromo, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ha registrado por grupos de edad, que los más activos en la economía son:

Sexo	Total	Población económicamente activa		Población no económicamente activa	
		Ocupada	Desocupada	Disponible	No disponible
Grupo de edad					
Enero a marzo					
Total	958 913	541 302	19 165	33 456	364 990
15 a 19 años	133 909	32 114	2 554	7 550	91 691
20 a 24 años	120 942	67 874	4 781	5 725	42 562
25 a 29 años	102 844	73 487	4 275	1 248	23 834
Hombres					
Total	450 379	332 324	12 171	11 752	94 132
15 a 19 años	64 857	21 557	1 659	3 329	38 312
20 a 24 años	58 852	42 444	2 255	2 554	11 599
25 a 29 años	50 957	45 807	2 421	309	2 420
Mujeres					
Total	508 534	208 978	6 994	21 704	270 858
15 a 19 años	69 052	10 557	895	4 221	53 379
20 a 24 años	62 090	25 430	2 526	3 171	30 963
25 a 29 años	51 887	27 680	1 854	939	21 414

Tabla 3 Población económicamente activa en Aguascalientes, por grupos de edad, información tomada de [INEGI 2017 Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Encuesta Intercensal 2015. www.inegi.org.mx](http://inegi.org.mx) (3 de febrero de 2016).

Como puede verse en la tabla anterior, de los pobladores de Aguascalientes la mayoría de los ciudadanos económicamente activos se centran entre los 20 a los 29 años, esta

posibilidad productiva permitió al Estado de Aguascalientes, la capacidad de aportar hacia el 2017, con el 1.1% del Producto Interno Bruto total del país, indicador que muestra crecimiento en un 3.9% en comparación al año de 2016, ya que la actividad económica se centra principalmente en el sector terciario con el 62% de participación, al estado se le ha otorgado un nivel muy importante al definirla como economía con prosperidad para hacer negocios. (INEGI, 2016), en el ámbito de la vivienda, el INEGI (2017) identifica que la población se concentra la capital del Estado de Aguascalientes además de que se cuenta con cerca del 99.6% de las viviendas con el servicio de energía eléctrica:

Viviendas particulares habitadas por municipio y su distribución porcentual según disponibilidad de energía eléctrica según censo de 2015

Municipio	Total a/	Disponibilidad de energía eléctrica (Porcentaje)		
		Disponen	No disponen	No especificado
Estado	334 252	99.61	0.36	0.03
Aguascalientes	230 292	99.78	0.20	0.02
Asientos	10 787	98.80	1.17	0.03
Calvillo	14 166	99.43	0.54	0.03
Cosío	3 519	99.12	0.74	0.14
El Llano	4 876	97.83	2.17	0.00
Jesús María	28 875	99.50	0.42	0.08
Pabellón de Arteaga	10 769	99.18	0.72	0.09
Rincón de Romos	12 217	99.20	0.68	0.12
San Francisco de los Romo	11 702	99.54	0.46	0.00
San José de Gracia	2 101	98.48	1.52	0.00
Tepezalá	4 948	98.99	1.01	0.00

Tabla 4 Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx (3 de febrero de 2016). Excluye las siguientes clases de vivienda: locales no construidos para habitación, viviendas móviles y refugios.

Por su parte en educación, el Estado de Aguascalientes, conforme datos del INEGI (2016), tiene un índice de 97.03% de población total que sabe leer, en el caso de personas entre 18 y 34 años el promedio es de 98%, con lo cual las condiciones de estudio para aspirantes a nivel superior es adecuada, la población que además de leer también sabe también escribir, se calcula en el 91.5% de la población. (INEGI, 2016):

Población de 15 y más años por sexo y nivel de instrucción según condición de actividad económica

Nivel de instrucción	Total	Población económicamente activa		Población no económicamente activa	
		Ocupada	Desocupada	Disponibile	No disponible

Población de 15 y más años por sexo y nivel de instrucción según condición de actividad económica

Nivel de instrucción	Total	Población económicamente activa		Población no económicamente activa	
		Ocupada	Desocupada	Disponible	No disponible
No especificado	1 293	915	0	0	378
Hombres	450 379	332 324	12 171	11 752	94 132
Primaria incompleta	43 670	26 598	648	1 839	14 585
Primaria completa	83 645	58 644	1 602	2 096	21 303
Secundaria completa	160 421	119 397	5 387	3 752	31 885
Medio superior y superior	162 236	127 278	4 534	4 065	26 359
No especificado	407	407	0	0	0
Mujeres	508 534	208 978	6 994	21 704	270 858
Primaria incompleta	49 155	10 651	0	2 386	36 118
Primaria completa	91 688	27 173	620	4 635	59 260
Secundaria completa	201 221	77 936	3 224	8 044	112 017
Medio superior y superior	165 584	92 710	3 150	6 639	63 085
No especificado	886	508	0	0	378

Tabla 5 Fuente: Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx (3 de febrero de 2016).

Como se puede observar en la tabla anterior, la mayoría de las personas con ocupación laboral, tienen mayormente un nivel educativo de bachillerato concluido, en congruencia con esto, si se observan las cifras actuales se mantiene una mayor carga de matrícula primeramente en educación básica en primaria, secundaria y finalmente esto ha propiciado también que se incrementen las cifras en matrícula de estudiantes que cursan el nivel medio superior y superior:

Nivel	Ciclo escolar		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Total	401.071	406.781	412.994
Especial	5.910	6.363	6.243
Inicial	5.303	5.526	5.163
Preescolar	50.839	51.094	53.317
Primaria	158.317	157.794	157.577
Secundaria	75.694	75.127	74.473
Media	58.151	60.451	61.301

Nivel	Ciclo escolar		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Superior	45.164	48.608	51.981
Posgrado	1.693	1.818	2.939

Tabla 6 Fuente: Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx

Al concentrarse de forma específica en la educación superior, se puede encontrar que la mayoría de la población educativa se centra primeramente en disciplinas relacionadas con las Ciencias Sociales, Administración y Derecho, en segunda instancia en disciplinas vinculadas a las artes y las humanidades y finalmente a disciplinas de la salud:

Alumnos en educación superior por área de conocimiento

Área de Conocimiento	2014-2015	2015-2016	2016/17		
			Total	Comportamiento 2016-2017	Estructura
Total	45.164	48.608	51.981	6,9%	100,00%
Ciencias Sociales, Administración y Derecho	17.108	18.199	20.189	10,9%	38,84%
Ingeniería Manufactura y Construcción	14.936	16.011	17.071	6,6%	32,84%
Salud	4.394	5.473	5.884	7,5%	11,32%
Educación	4.232	3.767	3.763	-0,1%	7,24%
Artes y Humanidades	2.064	2.144	2.324	8,4%	4,47%
Ciencias Naturales, Exactas y de la Computación	836	856	821	-4,0%	1,58%
Agronomía y Veterinaria	944	943	1.107	17,4%	2,13%
Servicios	646	1.215	821	-32,4%	1,58%

Tabla 7 Fuente: Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx

Aunado a las consideraciones antes mencionadas, esta prosperidad es también un factor de contradicción en el desarrollo de la ciudad puesto que el incremento progresivo de la población, exige a las ciudades una cantidad mayor de recursos naturales y consumo de recursos materiales, este crecimiento de la población en el transcurso del tiempo va a generar una demanda mayor de viviendas, servicios de salud y necesidades de empleo, por lo que los estresores se complicarán para las siguientes generaciones si no se establece un plan de desarrollo adecuado (Ayala, Lemos, & Nunes, 2014), es importante observar que no toda es halagador en cifras, y si observamos la proyección del crecimiento de la población para el Estado de Aguascalientes, según CONAPO (2016), observa un incremento en números absolutos de 83,510 habitantes para el año 2050 por lo que se desprende la urgente necesidad de considerar que para atender la creciente demanda de los servicios médicos-asistenciales, se requerirá de suficiente personal capacitado y especializado así como de infraestructura en servicios de salud, y que es por demás evidente que tendrá que ampliarse en el corto y mediano plazo.

Así mismo en materia de salud, aspecto esencial para el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de cualquier país, la situación actual denota claros rezagos acumulados en cobertura y calidad, y la desigualdad en los niveles de salud y distribución de recursos entre grupos sociales de forma puntual, esto impacta a la salud en prospectiva, ya que las transiciones demográficas que implican el envejecimiento de la población y elevado ritmo de crecimiento en las ciudades se combinan con un comportamiento poblacional marcado por un descenso en la natalidad lo cual se vincula al proceso de envejecimiento de la población y la pérdida demográfica de grupos de población de jóvenes, el resultado es un incremento de enfermedades crónicas, además de presentarse un mayor índice de limitaciones físicas en las personas y una demanda mayor de servicios de salud (CONAPO, 2016), fenómeno descrito como transición demográfica y que se caracteriza por la persistencia de las enfermedades infectocontagiosas, las muertes prematuras evitables y la cada vez mayor frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas características de la industrialización y la vida urbana; a las cuales el sector salud debe responder con suficiente sensibilidad para cambiar todo aquello que ya no funciona y mantener todas aquellas prácticas socialmente exitosas, es por ello que en seguida se incluye un perfil general de salud del estado, ya que se vincula con el contexto sanitario que atiende a la población de estudio en esta investigación.

4.2 Justificación de la necesidad de atención a la salud con esta muestra

En el ámbito de la salud, Aguascalientes tiene un registro de aproximadamente 1 446 043 usuarios del servicio, los cuales son atendidos en las 158 instituciones de salud y 981,116 son derechohabientes del sistema público de salud. En total sumaron 14,530 consultas, de las cuales 2,968 fueron de consulta general, 10,817 de consulta especializada y 745 de urgencias con un total de 23,075 egresos hospitalarios, de los cuales 12,646 fueron procedimientos quirúrgicos, la población derechohabiente en el estado se calcula al 2016 en un total de 981110 personas, de las cuales 828,368 pertenecen al IMSS y 152742 tienen adscripción al ISSSTE:

Municipio	Total	IMSS a/	ISSSTE
Estado	981 110	828 368	152 742
Aguascalientes	116 923	ND	116 923
Asientos	3 955	ND	3 955
Calvillo	3 986	ND	3 986
Cosío	2 523	ND	2 523
El Llano	1 579	ND	1 579
Jesús María	1 253	ND	1 253
Pabellón de Arteaga	10 643	ND	10 643
Rincón de Romos	7 993	ND	7 993
San Francisco de los Romo	1 089	ND	1 089
San José de Gracia	1 595	ND	1 595
Tepezalá	1 203	ND	1 203

Municipio	Total	IMSS a/	ISSSTE
No especificado	828 368	828 368	0

Tabla 8 Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx

Los principales servicios otorgados se concentraron en 4, 065, 401 consultas externas, sustentadas en 5,112,664 estudios de diagnóstico, con un total de 1,618,388 sesiones de tratamiento principalmente implementadas en el Municipio de Aguascalientes, ya que se tuvieron 3, 026,336 consultas, a los cuales se suman 255 consultas que se otorgaron en centros privados de salud. En Aguascalientes se tiene al 2015 un total de 1.8 médicos en contacto con paciente, por cada mil habitantes por lo cual aún se está bajo el umbral de 2,3 médicos que establece la OMS (2006), en el caso de los usuarios de los servicios de salud en el sector público las cifras son las siguientes en el desglose por municipios al 2016 (INEGI, 2017):

Municipio	Total	IMSS	ISSSTE	SSA a/	DIF
Estado	1 446 043	721 919	150 627	510 782	62 715
Aguascalientes	1 027 335	592 646	124 086	251 008	59 595
Asientos	56 707	14 400	2 584	39 572	151
Calvillo	56 787	11 158	3 518	40 989	1 122
Cosío	13 826	0	1 478	12 238	110
El Llano	17 330	0	8	17 180	142
Jesús María	94 485	51 572	0	42 464	449
Pabellón de Arteaga	55 224	25 308	7 983	21 525	408
Rincón de Romos	72 674	26 835	8 055	37 564	220
San Francisco de los Romo	22 044	0	1 695	20 110	239
San José de Gracia	14 106	0	1 220	12 797	89
Tepezalá	15 525	0	0	15 335	190

Tabla 9 Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. www.inegi.org.mx (3 de febrero de 2016).

En el Estado de Aguascalientes se presentaron al 2016 un total de 2,755 defunciones, 643 de ellas se atribuyen a enfermedades del sistema circulatorio, 383 a enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, 360 a enfermedades del sistema respiratorio y 342 a enfermedades del sistema digestivo:

Defunciones Generales por Principales Causas a Nivel Nacional y Estatal

Actualización: Anual

Causas de la Defunción	Nacional		Entidad	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Total	685.766	100,00%	6.159	100,00%
Enfermedades del sistema circulatorio	175.078	25,53%	1.352	21,95%

Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	122.234	17,82%	1.069	17,36%
Tumores (neoplasias)	88.526	12,91%	851	13,82%
Enfermedades del sistema digestivo	72.821	10,62%	612	9,94%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	67.201	9,80%	600	9,74%
Enfermedades del sistema respiratorio	59.569	8,69%	717	11,64%
Enfermedades del sistema genitourinario	23.191	3,38%	229	3,72%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16.040	2,34%	117	1,90%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12.640	1,84%	147	2,39%
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	11.781	1,72%	136	2,21%
Otros	36.685	5,35%	329	5,34%

Tabla 10 Fuente Secretaría de Salud (2016). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, de Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud.: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

El Sector Salud de Aguascalientes está compuesto por tres instituciones; el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado y el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes. Con una infraestructura hospitalaria de 9 hospitales en el sector público (7 de ellos, de segundo nivel de atención); cuenta además con hospitales del sector privado como la Central Médico Quirúrgica, el Centro Hospitalario y el Hospital Cardiológico entre otros; además, el Estado cuenta con 107 Unidades de Consulta externa, 766 camas censables y 530 consultorios. Esta capacidad física instalada garantiza una excelente oportunidad para desarrollar los campos clínicos de los estudiantes de la Licenciatura en Medicina; así como alternativas de campo laboral para los futuros egresados. (INEGI, 2017)

El territorio estatal se divide en tres jurisdicciones sanitarias, que constituyen la representación regional de la Secretaría de Salud en distintas zonas geográficas en las que se localizan los centros de salud, que son instalaciones localizadas tanto en el medio rural como urbano, en los que se realizan acciones básicas de salud. Son el sitio en el que la población tiene, las más de las veces, el primer contacto con los servicios de salud (atención primaria) tanto para acciones preventivas y de fomento sanitario, como para las curativas y de rehabilitación; sobre todo de los padecimientos más frecuentes y menos graves.

Los centros de salud no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en los hospitales. Su tamaño es variable, y depende entre otros factores del número de habitantes en la zona de influencia que le sea asignada. La unidad básica funcional de la atención médica primaria, es el Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS), integrado por un(a) médico(a), un(a) enfermero(a) clínica y un(a) enfermero(a) de campo y/o promotor(a) de salud. Existirá un NBSS por cada 500 familias o 3,000 habitantes.

El número de consultorios en la unidad médica suele coincidir con el número de NBSS, lo que

determinará el tamaño y tipo de servicios que brinde cada una de ellas; como los que cuentan con servicio de psicología u odontología. En algunas regiones, sobre todo rurales, los centros de salud son el único espacio disponible para recibir atención médica; en otros, como las grandes ciudades, se encuentran más cercanos a unidades de mayor complejidad, como los hospitales. En nuestra entidad, la extensión de su territorio, sus condiciones orográficas y las buenas vías de comunicación terrestre favorecen la accesibilidad a los servicios de salud y la referencia-contrarreferencia de pacientes. También se tienen las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME) ofrecen servicios ambulatorios especializados en uno o varios padecimientos prioritarios en materia de salud pública, tales como las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad), la insuficiencia renal (UNEME- Hemodiálisis), VIH-Sida y enfermedades de transmisión sexual (UNEME-CAPASITS), salud mental y adicciones (UNEME-CAPA o Centros Nueva Vida).

El modelo UNEME favorece la atención de un mayor número de pacientes de primer contacto con menores tiempos de espera y costos de operación. Uno de sus objetivos, es el de lograr un mejor seguimiento y control de los pacientes, funcionando como un enlace entre los centros de salud y las unidades hospitalarias; complementando las acciones de los primeros, y descongestionando los segundos. En estos establecimientos se comparten recursos humanos, instalaciones, equipos, servicios generales y administración en un mismo inmueble, lo que busca hacer más sustentable la unidad desde el punto de vista financiero, además de proporcionar a la población una atención ambulatoria integral.

Por su parte se tienen las instalaciones hospitalarias o instituciones sanitarias que disponen de personal médico, de enfermería y otros profesionales de la salud; así como de instalaciones para la atención de pacientes en áreas de consulta externa y para su ingreso, en caso de requerir internamiento. Por definición, deben brindar servicios durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal y los recursos que requieren para su funcionamiento son numerosos. Los hospitales ofrecen una gran diversidad de servicios, dependiendo no únicamente de su grado de complejidad (capacidad instalada), sino también de su perfil de atención (pediátrico, gineco-obstétrico, psiquiátrico, etc.); tanto para la atención aguda, de convalecencia o incluso de cuidados paliativos.

Estas unidades generan información esencial para llevar a cabo investigaciones; además de participar en la capacitación y formación continua de recursos para la salud, así como para la gestión sanitaria. Asimismo, aunque tradicionalmente están orientados a la atención individual, los hospitales tienden cada vez más a estrechar vínculos con otros protagonistas del sector de la salud y con las comunidades, a fin de optimizar el uso de los recursos dedicados a fomentar y proteger la salud individual y colectiva.

Por cantidad, las unidades médicas parecen suficientes; sin embargo, la tabla a la que se hace referencia de ninguna manera refleja sus dimensiones (número de consultorios, servicios disponibles); así como las barreras de acceso y cobertura existentes (días y horarios de atención, suficiencia de personal, medicamentos y otros insumos, por ejemplo).

Es innegable que el ritmo de crecimiento poblacional y el incremento en la demanda de servicios en los últimos años hacen que, proporcionalmente, el ISSEA cuente con menos infraestructura y recursos en general para satisfacer las necesidades de salud.

Con lo anterior, resulta importante retomar que las instituciones de salud en Aguascalientes comprender que a partir de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2015) se tiene una definición de salud que implica distinguir entre un estado de desarrollo armonioso y un estado de rompimiento de la homeostasis ante lo cual se requiere la adecuada intervención ya sea en su fase preventiva, correctiva o de desarrollo.

La salud que deben de procurar las diferentes instituciones se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, esto es importante porque la salud en todas las poblaciones “es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos”. (OPS, 2015, pág. 15)

En Aguascalientes se tiene un contexto de Salud Pública en la que la Carga total de la enfermedad la ocupa la Diabetes Mellitus con 17.5%, en segunda instancia, se presenta un índice de Enfermedad Renal Crónica con el 14.2%, en tercera instancia la Cardiopatía Isquémica con 14% y finalmente la Depresión Mayor con el 10.8%, conforme la OPS la demanda de servicios de salud ambulatorio está ocupada por Enfermedades diarreicas e Infecciones respiratorias en un 63%, la demanda por servicios de salud ambulatorio en una misma institución es al 48%, en servicio privado al 42% con un promedio de 18.62 consultas por médico, por día con lo cual se ha logrado una esperanza de vida promedio de 77 años. Toda esta carga de servicios se sostiene solamente con la formación de dos universidades en la entidad, una privada y una pública, ambas instituciones acreditadas pero aún insuficientes ya que la OMS recomienda “ubicar al menos 40% del personal de salud en unidades de primer nivel de atención”. (OPS, 2015)

Conforme la Asociación Mexicana de Escuela de Medicina AMFEM, en términos de educación médica, se debe desplegar una atención primaria de gran alcance, construyendo centros de promoción y atención a la salud en las comunidades, encargados de brindar atención a un área geográfica específica y cubriendo a la totalidad de sus habitantes (García, Crocker, Abreu, & Vázquez, 2015) y con ello prevenir las causas de morbilidad y mortalidad:

Principales causas de mortalidad general en el estado

CAUSA	Defunciones IV Trimestre 2016	Defunciones IV Trimestre 2017	Defunciones II Trimestre 2018	Tasa 2017 (Calcular)
TOTAL	5.924	6.277	1.567	475,01
Enfermedades del Corazón	986	1.161	256	87,86
<i>Enfermedades Isquémicas del Corazón</i>	<i>645</i>	<i>761</i>	<i>ND</i>	<i>57,59</i>
Diabetes Mellitus	805	791	212	59,86

Tumores Malignos	744	847	210	64,10
Enfermedades Pulmonares Obstructivas, Crónicas, excepto Bronquitis, Bronquiectasia, Enfisema y Asma.	342	323	115	24,44
Accidentes	396	359	106	27,17
<i>Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor</i>	196	179	ND	13,55
Enfermedad Cerebrovascular	316	296	89	22,40
Enfermedad del Hígado	259	250	68	18,92
<i>Enfermedad Alcohólica del Hígado</i>	104	106	ND	8,02
Neumonía e Influenza	136	213	50	16,12
Bronquitis Crónica, Enfisema y Asma	85	51	15	3,86
Insuficiencia Renal	123	136	32	10,29
Las Demás Causas	1.732	1.850	414	140,00

Tabla 11 Fuente Secretaría de Salud (2016). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, de Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud.: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

Aún con las cifras anteriores, la posibilidad de vivir una vida larga y saludable ha sido considerada un elemento de referencia en el desarrollo humano. El mayor descenso de mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos se produjo a mediados del siglo XX, cuando la mortalidad infantil se redujo aproximadamente 50 por ciento en menos de 15 años y se registraron ganancias en la esperanza de vida de alrededor de un año por cada año calendario. Durante la segunda parte del siglo XX también fuimos testigos de un considerable progreso en la salud y la sobrevivencia de los mexicanos, estrechamente vinculado al sostenido descenso de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Como anteriormente se ha mencionado, el envejecimiento de la población, va a ser un desafío demográfico para muchas entidades federativas en los próximos cincuenta años. Sus implicaciones para los sistemas socioeconómicos, como los sistemas de pensiones, la atención en salud o las estructuras de parentesco y de hogares, pueden ser considerables. Las proyecciones muestran que esta no es una realidad actual, pero es probable que se alcancen niveles significativos de envejecimiento poblacional hacia mediados de este siglo a pesar de que la magnitud, la velocidad y el tiempo tienden a variar.

La disminución progresiva de los bajos niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad, así como la prolongación de la vida entre las personas de mayor edad, resulta en el envejecimiento de la población. Los flujos migratorios netos positivos o negativos tienden a

atenuar o intensificar los procesos de envejecimiento de los países. (INEGI, 2017)

El reto principal del envejecimiento demográfico radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de lado la atención a los otros grupos de edad. El envejecimiento poblacional puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que por distintas razones se encuentra sin empleo. Si relacionamos con este hecho la notoria reducción de los grupos de edad jóvenes, veremos igualmente una merma de la capacidad productiva en la sociedad que inevitablemente afectará la capacidad de transferencias intergeneracionales para los cuidados y servicios públicos que se habrán de requerir a la edad de retiro (INEGI, 2017).

El aumento de población de adultos mayores necesitará del desarrollo de programas y estrategias que estén orientados a incrementar la cobertura en seguridad social, al acceso a servicios de salud y al apoyo a las familias para que junto con las instituciones puedan enfrentar este proceso, además la presencia de las enfermedades mentales es un aspecto imprescindible a atender, por ejemplo, durante el horizonte de proyecciones de población 2010-2030, se prevé que el crecimiento total de la población seguirá siendo positivo, si bien cada vez menor año con año.

La mortalidad general pasará de 5.5 defunciones por cada 1000 habitantes en el año 2010 a 8.8 en 2030, claramente asociada con la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que la Organización Mundial de la Salud, especifica que "La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas" (OMS, 2006) esto se comenta porque la OMS atribuye mayor concientización de las personas respecto de las carencias en la repetición equitativa de los recursos, entre los cuales se consideran los servicios de salud.

Uno de los temas más importantes a tratar en términos de Salud Pública es el del consumo nocivo del alcohol, ya que conforme la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2015) al año se producen unos 3.3 millones de muertes en el mundo, con relación al alcohol, además de que también se relaciona con una serie de trastornos de la salud como afecciones cardíacas, circulatorias, metabólicas y de obesidad, por lo anterior llega a vincularse con el origen de algunas enfermedades mentales de la misma forma que se constituye en la puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones, reportó que la prevalencia de quienes han bebido alguna vez en la vida, en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6% y alerta que la percepción del riesgo ha disminuido, esto se reafirma en un estudio de Carrasco, Natera, Arenas, Reyes & Pacheco (Carrasco, Natera, Reyes, & Pacheco, 2015) publicado en la revista Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) que basado en entrevistas, realizadas a autoridades sanitarias, encontraron ideas

como:

- A. Existe falta de aplicación de vigilancia la regulación de la venta, al percibir que el consumo es una “tradición del pueblo mexicano”.
- B. La escasa o nula demanda de atención que reportan los médicos pudiera deberse a la percepción de que es un problema que se resuelve de manera personal con voluntad y buen comportamiento.
- C. La arbitrariedad para vender bebidas alcohólicas a menores de edad debido a que, en contextos festivos, “todo se vale” y por lo tanto se debe aprovechar “la mina de oro”.

Hay un discurso de “justificación” o más bien de encubrimiento con ideas como: “tradición del pueblo mexicano”, “se ve mucho borracho en carnaval... es el pan nuestro de cada día”, “borracho y dormido se me quita lo jodido”, mientras que en el caso de las mujeres, se encubre por “que ya evolucionaron” y además es “raro que la mujer tome”. (Carrasco, Natera, Reyes, & Pacheco, 2015, pág. 129) lo cual contradice a la realidad registrada por la ENA (Secretaría de Salud, 2017) que documentó el aumento del consumo de alcohol por parte de las mujeres, lo cual coincide con los registros de la Encuesta nacional de salud y Nutrición, que indican comienzos de ingestión de bebidas desde edades de los 17 años con indicadores en 2012 de 28.8% y 21.2% de hombres y mujeres respectivamente, esto entre la población adolescente, mientras que entre adultos, se detectó un aumento gradual de 39.7% en 2000 a 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012 como indicadores globales de consumo de alcohol:

Por su parte la prevalencia en el consumo de cualquier droga alguna vez aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016, en el último año pasó de 1.8% a 2.9% y en el último mes de 1% a 1.5%, la prevalencia de drogas ilegales alguna vez aumentó de 7.2% a 9.9%, la del último año pasó de 1.5% a 2.7% y la del último mes de 0.8% a 1.4% entre 2011 y 2016, la prevalencia alguna vez de marihuana pasó de 6% a 8.6% (de 10.6% a 14% en hombres y de 1.6% a 3.7% en mujeres). (Secretaría de Salud, 2017, pág. 7)

De esta forma, la prevalencia en el último año de marihuana pasó de 1.2% a 2.1% (de 2.2% a 3.5% en hombres y de 0.3% a 0.9% en mujeres). El consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3% y 3.5%) como en el último año (0.5% y 0.8%). (Secretaría de Salud, 2017). Con lo anterior se vuelve evidente la necesidad de más personal formado en salud que pueda no solamente atender de forma reactiva sino también y predominantemente preventiva ante las adicciones. (Secretaría de Salud, 2017, pág. 9)

El Estado de Aguascalientes ha estado colocado como primer lugar o entre los primeros lugares de consumo nacional de cocaína, si a eso se le agrega que el porcentaje de consumo de sustancias se está igualando en la proporción entre hombres y mujeres y que además la edad de inicio de consumo de drogas llega en ocasiones desde los 8 años, esto se convierte este dato relevante de la salud pública que además, tanto en su abordaje preventivo y correctivo compete a las funciones del psicólogo clínico, conforme Carreño y Medina (2018) mencionan:

La carga de la mala salud mental es muy alta afectan a alrededor del 30% de la población (en un momento de su vida) y son en su mayoría trastornos con buena respuesta a tratamiento como la ansiedad y la depresión. Tienen un costo social

elevado: contribuyen al desempleo, el ausentismo por enfermedad y la pérdida de productividad en el trabajo. Las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes, tienen tasas más altas de desempleo y son más pobres que la población general. Los costos directos e indirectos de la mala salud mental son muy altos y pueden llegar a 4% del PIB (Países de la OCDE) (Carreño & Medina, 2018, pág. 5)

Por su parte, **“Mental disorders represent 30% of the global burden in non-fatal diseases, since around 10% of the world population seems to have a mental disorder**, since there are numerous articles that find an association between chronic diseases and mental disorders” (Pimentel, 2019), en términos de salud mental, en la estadística mundial se ha identificado que en el 2015 las enfermedades no transmisibles representaron el 60% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) mientras que el 12% se tuvo para la incidencia de los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio (TMNS), de los trastornos mentales con años ajustados de vida por discapacidad, la depresión ocupa el primer lugar con 3.35%, seguido por la ansiedad con 2.11%, trastorno por dolor 1.04% y los trastornos neurocognitivos al 2.04%:

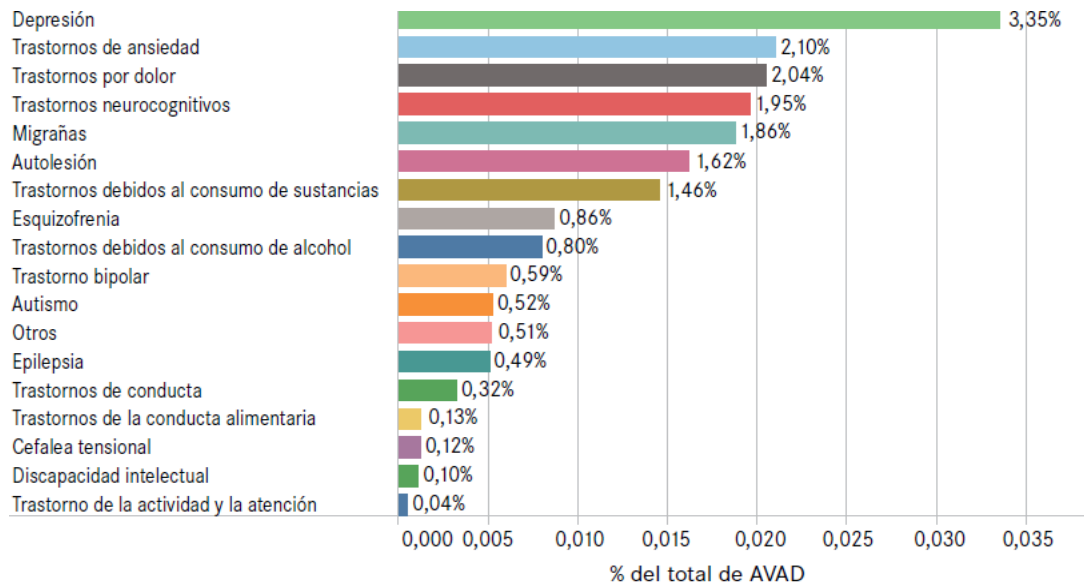


Ilustración 2 Clasificación de los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio (OMS, 2018, pág 6)

Del gráfico anterior se puede inferir no solamente que la enfermedad ha generado un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, sino que también se afecta a los pacientes en sus años de vida, esto porque muchos de estos trastornos se interponen en la calidad de desarrollo humano al tornarse crónicos e incapacitantes y en casos avanzados incluso se pueden vincular con otros problemas de salud por ejemplo, con la muerte por suicidio, que de forma general ha mostrado un aumento en la tasa nacional tanto en hombres como en mujeres (Carreño & Medina, 2018):

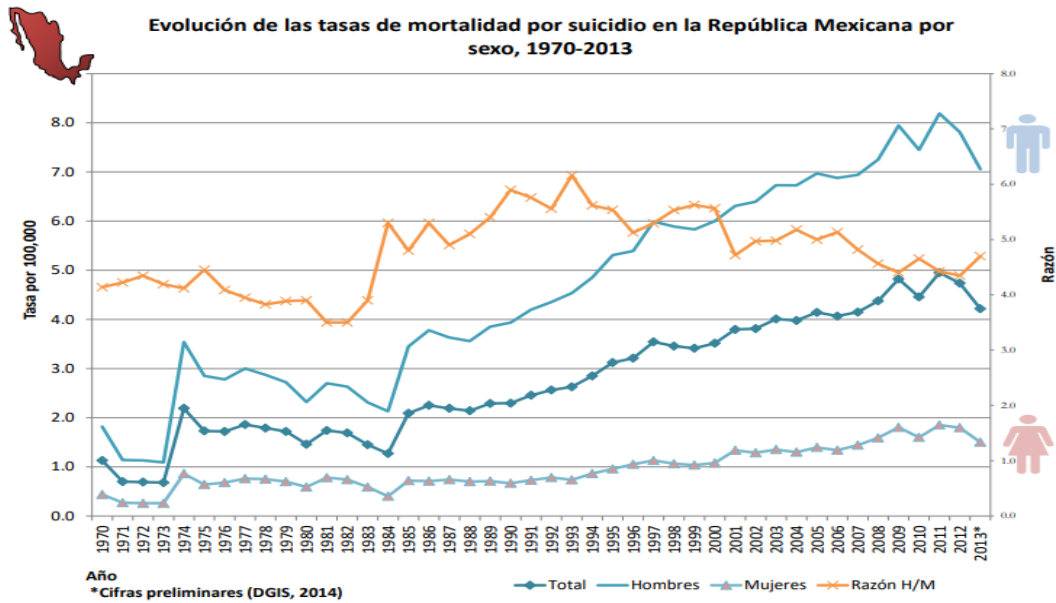


Ilustración 3 Evolución de la mortalidad por suicidio en el país. (Carreño & Medina, 2018)

En el caso de Aguascalientes se tienen indicadores muy similares a los nacionales respecto del suicidio, ya que los porcentajes de muertes violentas por esta causa se han incrementado con el paso de los años:

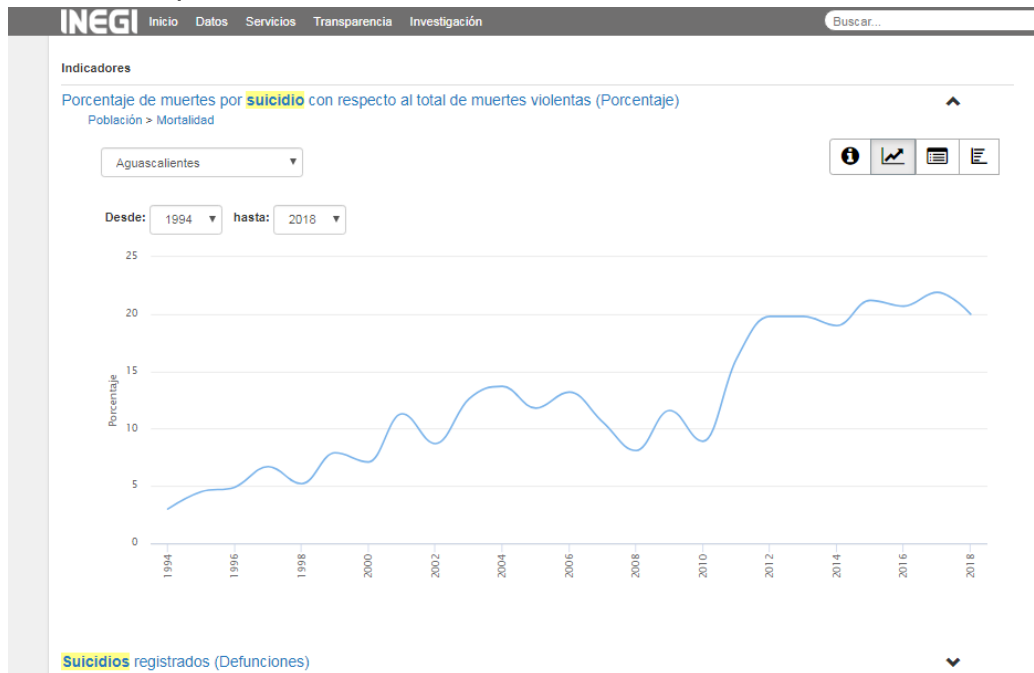


Ilustración 4 Evolución de la mortalidad por suicidio en Aguascalientes. (INEGI, 2016)

Aunado a las cifras de la gráfica anterior en las que se muestra el incremento de suicidios en la entidad, se tiene también que dentro de un comparativo entre entidades,

Aguascalientes tiene la segunda posición en la tasa de suicidios comparado con otras entidades del país, solamente superado por Yucatán:

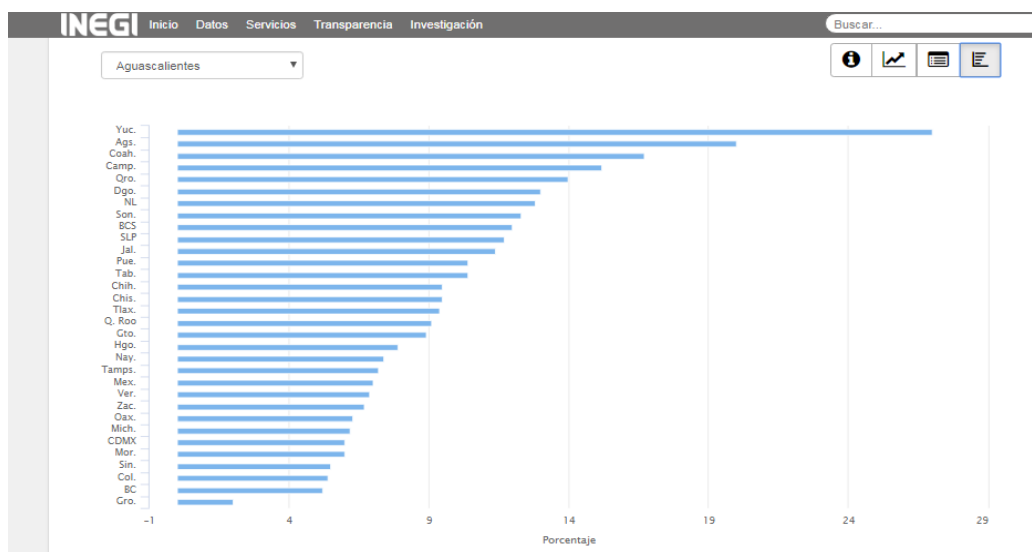


Ilustración 5 Tasa de suicidios por entidades. (INEGI, 2016)

Por último, un factor elemental y que se relaciona con el presente estudio de investigación, se refiere a la detección y atención oportuna de los problemas de salud mental así como el inicio de su tratamiento inmediato, en éste ámbito, conforme indican Carreño y Medina (2018), en México transcurren hasta 14 años antes de que se reciba un tratamiento oportuno por problemas de salud mental:

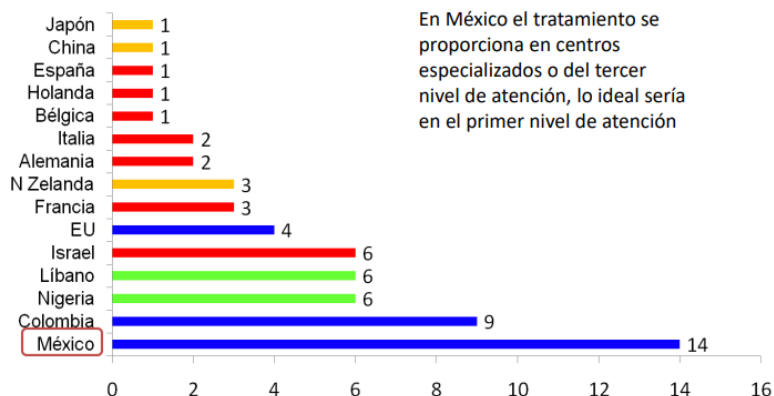


Ilustración 6 Años que pasan para recibir atención, una vez que se detecta la enfermedad (OMS, 2018).

Para cerrar esta revisión que justifica las necesidades de atención en salud y salud mental, la Encuesta Nacional de Salud (2016) ha encontrado que existe un problema nutricional y con ello un problema de aumento de índice de Masa Corporal, por ello “La prevención del exceso de peso reclama acciones integrales y coordinadas entre el gobierno, organizaciones comunitarias, escuelas, la familia, los profesionales de la salud y la industria” (Instituto

Nacional de Salud Pública, 2016, pág. 142), la población adolescente de entre 2012 y 2016 tuvo un incremento en su peso corporal en 2.7%, éste es un problema que también interesa al clínico de la psicología, ya que relacionado a los problemas en la alimentación, también se presentan riesgos a la salud como el desarrollo de enfermedades metabólicas, diabetes, hipertensión arterial, problemas cardíacos o problemas de movilidad y motricidad entre otras comorbilidades (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016), por ello es importante contribuir desde la psicología para que los proyectos que puedan aportar a la detección oportuna de problemas de salud ocasionados por disfunciones de la personalidad, se incrementen y puedan orientar las decisiones oportunas para la prevención.

4.3 Justificación de la necesidad elaborar un perfil de personalidad y salud con esta muestra.

Como ya lo menciona Ybarra & Luz (2015) cada vez existen mayores evidencias de que existe una vinculación entre las conductas de riesgo y el desarrollo de enfermedades, lo cual vincula por deducción a la psicología con el estado de salud de las personas, es por ello que se habla de “patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad” (Oblitas, 2008, pág. 226), ante estas conductas, la psicología de la salud busca realizar intervenciones.

Por lo anterior es importante recordar lo que Libertad menciona al respecto de la capacidad y objetivo de intervención en la psicología de la salud, cuando determina que:

La Psicología de la Salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. (Libertad, 2003, pág. 16)

De esta forma la psicología clínica tiene un papel determinante en los procesos de atención preventiva, cuidado integral del desarrollo de las personas e intervención integral con objetivo de la restauración de las condiciones de salud o bien para el acompañamiento en procesos de enfermedad, desde sus diferentes herramientas así como sus enfoques y modelos de intervención en sus distintos niveles prácticos.

Galdames, Jamet, Bonilla, Quintero, & Rojas (2018) mencionan en un estudio que independientemente del tipo de disciplina que tenga la persona como formación profesional o independientemente del grado de conocimientos, el autocuidado en salud es más bien resultado de creencias y auto-justificaciones aprendidas, “la psicología puede aportar significativamente al desarrollo de intervenciones que actúen a nivel de la estructura

argumentativa personal y así promover creencias favorables a estilos de vida saludables que se establezcan en los momentos evolutivos óptimos” (Galdames, Jamet, Bonilla, Quintero, & Rojas, 2018, pág. 28)

4.3.1 Personalidad y salud.

Las personas tenemos en general una serie de conductas mediante las cuales llevamos nuestra vida día a día, con el objetivo de adaptarse a diferentes y dar respuesta a diferentes necesidades, situaciones y exigencias personales o sociales, estas conductas incluyen formas de pensar, formas de definirse y establecer relaciones con sí mismo y con el entorno, de esta forma, la personalidad se compone por un repertorio de conductas persistentes a lo largo del tiempo, ya que “un rasgo es una tendencia o disposición hacia comportamientos específicos” (Morrison, DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico., 2015, pág. 773), de esta forma, los patrones de conducta que se mantienen consistentes en el tiempo tienen funciones de autorregulación, establecimiento de metas, toma de decisiones, autorrepresentación cognitiva, establecer respuestas diferidas (personales) ante un mismo estímulo, por ello se presenta un principio de organización interna y de las acciones individuales. (Jiménez, 2015)

La personalidad también se puede entender como un conjunto de características de cambio constante pero que marcan un “patrón de sentimientos, emociones, y pensamientos ligados al comportamiento a lo largo del tiempo frente a situaciones diversas” (Torres, y otros, 2018, pág. 27) lo cual proporciona independencia, individualidad y un carácter personal.

La personalidad también se puede asociar al temperamento, comprendido como estable desde la infancia y regulada por el sistema límbico (hipocampo, amígdala cerebral, tálamo, hipotálamo) (Carlson, 2014) y también relacionado al carácter entendido este como las acciones volitivas, con sustento en el aprendizaje social, el autoconcepto y las estructuras del neocórtex e hipocampo. (González, 2019)

Los elementos de la personalidad de cierta forma interactúan con el entorno social y ecológica, debido a que la personalidad se impone como un proceso individual durante la toma de decisiones, conforme las normas sociales y los aprendizajes durante la vida, es por ello que surgieron diferentes teorías de la personalidad que se vinculan con los diferentes enfoques de la psicología y sus autores, no obstante para el presente estudio se ha considerado el término de personalidad más en relación a las conductas de salud y es en este encuadre en el que aparecen cuatro modelos fundamentales de interpretación, el primer modelo es el biológico que se centra más fundamentalmente es sustentar que la biología determina de forma simultánea la personalidad y el estado de salud al mismo tiempo, por lo tanto la constitución biológica y el medio ambiente son factores determinantes bajo este enfoque. (Jiménez, 2015)

Otro modelo que vincula personalidad con salud relaciona los hábitos o costumbres de conducta con el impacto que esta pueda tener en el estado de salud, las investigaciones en torno a este modelo demuestran que cuando cuantitativamente se presenta una disminución

de las conductas de riesgo en la personalidad, se reducen las probabilidades o los malestares asociados a la enfermedad, de esta forma, la conducta se convierte en un agente mediador que sobre todo es observable en mediciones longitudinales.

Se piensa que originalmente la personalidad es la que determina la conducta saludable y por lo tanto el estado de salud de las personas, no obstante, el enfoque de modelo de conductas asociadas a la enfermedad, sostiene que la enfermedad también puede generar modificaciones en la conducta, por lo que se adopta un repertorio de conductas de enfermedad que se refieren a las acciones que las personas llevan a cabo cuando se encuentran en estados de enfermedad, por ello su foco de estudio se centra en la identificación de las conductas que se desarrollan una vez que la enfermedad se ha instaurado.

Finalmente un cuarto modelo se delimita a relacionar los rasgos de la personalidad con las respuestas a situaciones estresantes, de tal forma que el foco central de este enfoque es identificar los mecanismos biopsicológicos que se activan en las personas para poder dar respuesta a los estresores del medio toda vez que se conocen los efectos perjudiciales del estrés (Rodríguez, García, & Franco, 2013), tanto en el ámbito fisiológico como en el desarrollo psicológico, ya que algunos estados de estrés crónico pueden derivar o bien vincularse con el desarrollo de algunos trastornos mentales (Valencia, Velasco, Luquín, Díaz, & García, 2004) y trastornos de la personalidad, de esta forma el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales V (DSM V) explica los trastornos de la personalidad, mencionando que:

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad. La característica esencial de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos (Criterio A).

Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta, al menos, a la adolescencia o a la edad adulta temprana (Criterio D). El patrón no se explica mejor como una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento, la exposición a una toxina) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico) (Criterio F). (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014, pág. 696)

De manera importante, el DSM V (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014) establece que para la valoración de los trastornos de la personalidad, el clínico requiere debe indagar si los rasgos de patología cumplen el criterio de persistencia durante el tiempo y además es consistente, es decir, que se presenta en diferentes situaciones de la vida diaria de la persona, por lo que la entrevista es elemental en todo proceso de diagnóstico individual con el objetivo de identificar la posible presencia de algún trastorno de la personalidad.

Antes de iniciar un diagnóstico definitivo de un trastorno de la personalidad, Morrison (2014) recomienda una revisión general de los antecedentes alrededor de los pacientes, toda vez que existe en algunos casos la falta acertada de diagnósticos ya que se ignoran o pasan por alto algunos síntomas, pero también existe un sobre diagnóstico, por lo que se debe revisar:

1. Es necesario asegurarse que los síntomas del paciente han estado presentes por lo menos desde el inicio de la edad adulta (antes de los 15 años en el caso del TP antisocial). El interrogatorio de los informantes (familia, amigos, colaboradores) quizá aporte el material más válido.
2. Verificar que los síntomas afectan varias áreas de la vida del paciente. De manera específica, ¿se encuentran afectados el trabajo (o la escuela), la vida en el hogar, la vida personal y la vida social? Este paso puede implicar problemas reales, en el sentido de que los pacientes mismos no consideran que su comportamiento genere problemas (“Es el mundo el que tiene problemas”).
3. Verificar que el paciente tiene todos los elementos del diagnóstico específico en cuestión. Esto implica verificar todas las características y consultar las 10 series de criterios diagnósticos. En ocasiones es necesario recurrir al juicio clínico. Debe intentarse ser tan objetivo como sea posible. Al igual que en el caso de otros trastornos mentales, con una motivación suficiente suele ser posible forzar al paciente a corresponder a distintos diagnósticos.
4. Si el paciente tiene menos de 18 años, asegurarse que los síntomas han estado presentes durante por lo menos los últimos 12 meses (tener seguridad absoluta de que no se deben a algún otro trastorno mental o físico). Es preferible no establecer un diagnóstico de este tipo a una edad tan temprana.
5. Descartar alguna otra enfermedad mental que pudiera ser más aguda y tener un potencial mayor de generar daño. El punto débil es que otros trastornos mentales también son con frecuencia más sensibles al tratamiento que los TP.
6. Se trata también de un buen momento para revisar las características genéricas de cualquier otro requisito que pudiera haberse pasado por alto. Debe señalarse que cada paciente debe contar con dos o más tipos de problemas duraderos de comportamiento, pensamiento o emociones a partir de una lista de cuatro: cognitivos, afectivos, interpersonales e impulsivos (esto ayuda a asegurar que los problemas del individuo en realidad afectan más de un área de vida).

7. Buscar otros TP. Es necesario valorar toda la historia clínica para definir si existe algún otro TP adicional. Muchos individuos parecen tener más de un TP; para estos casos, deben diagnosticarse todos. Quizá, con más frecuencia, se identificarán muy pocos síntomas para establecer un diagnóstico. Es posible agregar en la nota de resumen alguna observación en ese sentido: rasgos de la personalidad esquizoide y paranoide.

8. Deben registrarse todos los diagnósticos mentales de la personalidad y de otros tipos. Algunos ejemplos en cuanto a la forma en que esto se hace se muestran en los casos clínicos incluidos más adelante. (Morrison, DSM-5 guía para el diagnóstico clínico., 2014, pág. 532)

Retomando el tema de la personalidad y su evaluación, Fernández (2013) define que la personalidad se puede comprender como el conjunto de dimensiones conductuales o rasgos estables de las personas, por lo tanto los test como instrumentos orientados a la evaluación psicológica, se centran en la evaluación de estos aspectos centrales de la personalidad desde diferentes enfoques teóricos:

Guilford	Cattell	Eysenck	Big Five (Tupes, McGrae)
Factores primarios: Actividad general Ascendencia Sociabilidad Retraimiento Actitud pensativa Disposición cicloide Depresión Nerviosismo Sentimiento de inferioridad Objetividad Cordialidad Relaciones personales Masculinidad	Factores primarios: Reservado/abierto Inteligencia Emocionable/estable Sumisión/dominancia Moderado/impulsivo Evasión de reglas/ perseverante Tímido/atrevido Duro/sensible Confiado/suspica Práctico/imaginativo Sencillez/astucia Adecuación imperturbabilidad/culpabilidad Conservadurismo/ radicalismo Adhesión al grupo/ autosuficiencia Baja integración/autocontrol Relajado/tenso		
Factores secundarios:	Factores secundarios:	Superfactores:	Cinco grandes factores:

Actividad social Introversi3n/extraversi3n Estabilidad emocional Disposici3n paranoide	Extraversi3n Ansiedad Dureza Independencia Autocontrol	Psicoticismo Extraversi3n Neuroticismo	Neuroticismo Extraversi3n Apertura a la experiencia Afabilidad Tes3n
---	--	--	--

Tabla 12. Elementos generales de los rasgos en diferentes modelos de personalidad. Tomado de Fern3ndez(2013) Evaluaci3n psicol3gica Conceptos, m3todos y estudio de casos. Espa1a: Pir3mide. p323

En la tabla anterior se concentran algunas de las teor3as principales de la evaluaci3n de los rasgos de la personalidad, por ejemplo, Guilford se centr3 en el estudio de rasgos temperamentales y estableci3 13 rasgos primarios b3sicos con 4 rasgos secundarios y un rasgo global, mientras que por su parte Cattell desarrolla un enfoque de rasgos temperamentales y motivacionales, en comparaci3n con Eysenk que se concentra en estudiar los "superfactores" de psicoticismo, extraversi3n y neuroticismo, y finalmente el enfoque desde la teor3a del Big Five que mediante frases de autodescripci3n determina los rasgos de personalidad, de esta forma las principales para valorar la personalidad bajo estos diferentes enfoques son:

Test	Autor	Factores	Edad	A1o baremos espa1oles
EPI	Eysenck	Neuroticismo y extraversi3n	Adolescentes y adultos	1973
EPQ	Eysenck	Tres superfactores	Adolescentes y adultos	1978
EPQR	Eysenk y Eysenk	A1ade la dimensi3n disimulo/ conformidad	A partir de los 16 a1os	1997
CEP	Pinillos	Tres factores de Eysenck	A partir de 14 a1os	1974
16PF5 y 16PFAPQ	Cattell	Dieciseis factores primarios, tres 3ndices de estilos de respuesta y cinco factores secundarios	Adolescentes y adultos	1995 2003
CPQ	Cattell	Catorce factores primarios y tres secundarios	De los 8 a los 12 a1os	1990
ESPQ	Coan y Cattell	Trece factores primarios	De 6 a 8 a1os	1981

Test	Autor	Factores	Edad	Año baremos españoles
MMPI2	Hathaway y McKinley	Diez escalas básicas	Adolescentes y adultos	1999
MMPI2RF		Nueve básicas y 23 específicas		2009
BFQ: <i>Big Five</i>	Caprara, Barbaranelli y Borgogni	Cinco grandes factores	Adolescentes y adultos	1995
NEOPIR	Costa y McGrae	Cinco grandes factores	Adolescentes y adultos	1999
PPGIPG	Gordon	Ocho rasgos básicos	Adolescentes y adultos	1991
CPS	Fernández-Seara, Seisdedos, Mielgo	Diecisiete escalas de personalidad concebidas para el uso en el ámbito laboral	Adolescentes y adultos	2003
MIPS	Millon	Veinticuatro escalas agrupadas en tres grandes áreas: metas motivacionales, modos cognitivos y relaciones interpersonales	A partir de los 18 años	2005

Tabla 13 Principales pruebas psicológicas. Tomado de Fernández(2013) *Evaluación psicológica Conceptos, métodos y estudio de casos. España: Pirámide, p324*

Una de las pruebas de evaluación es la basada en la medición del Modelo de los Cinco Factores de Personalidad (Five Factor Model, FFM) que se compone como una taxonomía de la personalidad Torres, Rodríguez, & Acosta (2013). Ésta sirve como una plantilla universal para entender la estructura de la personalidad compuesta de cinco dimensiones:

- Neuroticismo. Tendencia a experimentar emociones negativas de forma crónica como depresión, ansiedad e ira.
- Extroversión. Predisposición a tener emociones positivas y rasgos relacionados a actividad y energía con tendencia a ser sociables, activos, locuaces y positivos.
- Apertura a la experiencia. Relacionada con la creatividad científica y artística, pensamiento divergente, liberalismo político y búsqueda proactiva y apreciación de nuevas experiencias.
- Amabilidad. Orientación prosocial con tendencia a ser compasivos, cooperativos,

amigables, considerados, generosos, confiados, perdonadores y dispuestos a comprometer sus intereses con los demás.

- Responsabilidad. Tendencia a la organización, autocontrol, perseverancia y motivación en conductas dirigidas a metas. (Torres, Rodríguez, & Acosta, 2013, págs. 194-195),

Como alternativa también se tienen las pruebas de medición factorial de la personalidad, es el Test de 16 Factores de Personalidad (16FP) de Cattell, evalúa diferencias entre rasgos comunes, rasgos fundamentales y rasgos superficiales, así como rasgos generales y rasgos específicos que plantean diferentes reacciones que las personas presentan ante diferentes situaciones y que son explicadas por los factores de la personalidad, entre estos rasgos se evalúa: I (sensibilidad), F (impetuosidad), Q4 (tensión), Q2 (individualismo) y B (solución de problemas), Q1 (rebeldía), N (diplomacia), M (imaginación), O (seguridad), G (responsabilidad) y C (estabilidad emocional). (Torres, y otros, 2018)

De forma general en la tabla 13 se puede observar que los autores anteriormente mencionados son los mismos que dan origen a las diferentes alternativas en test para evaluar la personalidad, la mayor parte de las pruebas se centran en la evaluación con adolescentes y adultos, mientras que un menor número de pruebas considera la evaluación de la personalidad en etapas infantiles. Casi todos los test identificados en la tabla tienen como características coincidentes que se aplican a través de formatos de lápiz y papel, sea individual o colectivamente, con formatos estructurados, respuestas cerradas y puntuaciones normalizadas que permiten la elección conforme su índice de confiabilidad. De manera específica el Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota son dos instrumentos que no solamente evalúan la personalidad desde sus rasgos sino que también establecen la posibilidad de que se presenten características asociadas a trastornos de la personalidad.

En específico el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, tiene sus antecedentes en 1930 y 1940, a partir de los trabajos de Hathaway como psicólogo clínico y MC Kinley como responsable del Departamento de Psiquiatría en la universidad de Minnesota, originalmente se desarrolló un instrumento de 1000 ítems con el objetivo de evaluar a los pacientes y además tratar de cubrir la mayor cantidad de rasgos de la personalidad, su primer publicación fue en 1942 y ya contenía escalas para determinar si las respuestas eran verídicas o se trataba de engañar el test (Ortiz, 2014).

El idioma original de la prueba fue en inglés, pero por su utilidad tuvo diversas traducciones a diferentes idiomas, sin embargo, las adaptaciones a diferentes idiomas, han tenido que pasar por ajustes tanto en su estructura original en inglés como en la adaptación al castellano. En México se tiene el antecedente de que la prueba por primera vez fue publicada y adaptada por el Dr. Rafael Núñez hacia 1976 y en por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se realizó una adaptación en la que se tuvieron como fases:

- 1. Traducción literal.** Se realizó una traducción preliminar a cargo de cinco psicólogos

bilingües. Uno de ellos era estadounidense, el otro era mexicano-estadounidense y los otros tres eran mexicanos. Todos los ítems del MMPI-2 se tradujeron sin considerar la traducción anterior del MMPI original al español.

2. Adaptación semántica y cultural. Esta versión fue corregida por uno de los investigadores participantes en el proyecto, quien trabajó en colaboración con un traductor bilingüe experto para examinar el contenido semántico y sintáctico así como los temas culturales y clínicos relevantes. De esta forma se obtuvo una versión en español revisada que incluía una redacción más culturalmente apropiada. Uno de los investigadores del proyecto era psicólogo clínico y el otro era psicólogo con experiencia en instrumentos de medición.

3. Validez externa. A continuación, la versión en español obtenida por medio de este procedimiento fue examinada por psicólogos externos expertos en el MMPI, quienes se ocuparon de las cuestiones de validación. Se obtuvo una aceptación de más de 90% de la interpretación de los ítems por parte de los jueces.

4. Reajuste del contenido. Los investigadores tomaron en cuenta los comentarios y los elementos resultantes del análisis para completar la versión final al español del inventario.

5. Traducción inversa. Después, un traductor bilingüe que desconocía el MMPI tradujo la versión en español aceptada nuevamente al inglés. Luego, las dos versiones en inglés se compararon para examinar la idoneidad de la formulación de los ítems. En general, los resultados mostraron un alto grado de coincidencia.

6. Investigación de equivalencia. Los adaptadores de las pruebas, a menudo, realizan un estudio de equivalencia de la versión terminada del inventario para asegurar que el nivel de lectura permita que los participantes entiendan la redacción de los ítems de la prueba en forma adecuada. Una vez que se terminó la traducción del inventario, se llevó a cabo un estudio inicial con estudiantes mexicanos de la UNAM para evaluar esta equivalencia.

7. Estudio de la población general. Se usó un procedimiento de muestreo probabilístico para desarrollar la muestra normativa. La población mexicana general fue clasificada usando ciertos criterios cualitativos para lo cual se tuvo en cuenta las diferentes regiones del país en que la prueba se aplicaría y se consideró el tipo de poblaciones a las que podría aplicarse el instrumento en México. (Butcher, Cabiya, Lucio, & Garrido, 2009, págs. 28-29)

El MMPI además de tener pruebas de validez con población mexicana, contiene los ajustes necesarios para que la traducción sea acorde al castellano en México, de esta forma, sus puntuaciones típicas para poblaciones de mexicanos han mostrado una consistencia interna mayor a .75 en sus escalas, lo cual le da un nivel aceptable de fiabilidad y es el instrumento central para la medición de rasgos de personalidad que se utilizará para el presente proceso de evaluación exploratoria y descriptiva.

4.3.2 Utilidad empírica del conocimiento perfil de personalidad.

En lo referente a las experiencias de aplicación del MMPI a estudiantes de medicina, se

puede decir que hay distintos estudios que relacionan la personalidad con diferentes aspectos de los estudiantes de medicina, considerando que el entorno formativo del médico es exigente tanto de forma intrapersonal como interpersonal, por ejemplo Torres, Velázquez, Martínez, García, Gómez, Jasso y Ortiz (2018), explican en un estudio realizado con 163 estudiantes de medicina, que la ansiedad psicológica se relaciona con el abandono escolar ya que se organizan menos en el tiempo y no buscaron ayuda de sus profesores.

Por su parte, al estudiar los rasgos de personalidad se puede determinar, que una vez que se presenta algún deterioro o trastorno de la personalidad no solamente se afecta la vida académica sino también la vida personal, por lo que pueden desarrollar entre otras cosas “agotamiento, malas relaciones, abuso de drogas y reducción de la calidad de la atención al paciente” (Torres, y otros, 2018, pág. 33)

En un estudio en el que se analiza la relación entre personalidad y rendimiento académico con 230 estudiantes de medicina de la carrera de Médico Cirujano en la Facultad de Estudios Iztacala, se concluyó que “ciertos rasgos de personalidad pueden estar relacionados con el retraso académico” (Sánchez, y otros, 2010) mientras que otro estudio con 96 alumnos evaluados en la Facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México a los que se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota se obtuvieron resultados que establecieron que el 19.79% de los sujetos de la muestra tuvo indicadores positivos relacionados a algún trastorno mental, con el trastorno depresivo mayor como el más frecuente (Vargas, Remírez, Cortés, Farfán, & Heinza, 2011), lo cual se confirma en un estudio similar en 2013, mediante la aplicación del Modelo de Cinco Factores de Personalidad (Torres, Rodríguez, & Acosta, 2013), en el que se contó con una muestra de 204 estudiantes de medicina, identificando que el factor de responsabilidad, definido por la tendencia de organización, autocontrol, perseverancia y motivación hacia las metas, es el factor de la personalidad que más se relaciona con el buen rendimiento académico.

En el caso de la salud mental en estudiantes de medicina se tienen diferentes estudios de la personalidad con estudiantes de medicina, por ejemplo en 2008 en un estudio realizado para evaluar estudiantes de la Facultad de Medicina en la UNAM, se encontró que los alumnos con repetición académica “mostraron rasgos de personalidad de neuroticismo y poca apertura, además de mayores síntomas psiquiátricos que los alumnos no repetidores (Heinze, Vargas, & Cortés, 2008), en otro estudio en Chile, se detectó también con estudiantes de medicina mediante un inventario de personalidad que un 28% de los estudiantes presentaban síntomas de estrés, en tanto que el 20% presentaron síntomas de ansiedad y 22% tuvieron indicadores de estrés en una muestra de 235 estudiantes (Barraza, Muñoz, & Contreras, 2017) de esta forma, se tienen estudios sobre las prevalencias de depresión, ideación suicida y ansiedad con mayores frecuencias, específicamente, la depresión con 28% de prevalencia y la ideación suicida en 11% de prevalencia mientras que la ansiedad muestra entre 7 y 65% de prevalencia (Córdoba & Rivera, 2019).

Otra relación que existe con la personalidad y que puede afectar el desarrollo de la salud mental es la salud física, por ejemplo, en una investigación en la que se relacionan los rasgos de personalidad y actividad física en 2019 se detectó que los adolescentes con personalidad

enfocada en búsqueda de sensaciones, curiosidad, persistencia y practican algún deporte, tienen “mejores niveles de eustrés que aquellos que son cautelosos y tienen objetivos de futuro sin esperanzas” (Hernández & Alto, 2019, pág. 2), de los estudiantes de medicina, son los pensamientos de miedos por incapacidad personal o miedo al error médico, dudas e incertidumbre mientras que por otra parte el alto nivel de competitividad puede volverse un factor en contra (Córdoba & Rivera, 2019).

5 Justificación de la actividad como profesional de la psicología en procesos de aplicación de instrumentos:

Ante lo ya expuesto hasta el momento, existen diferentes tareas desde las cuales el psicólogo puede contribuir para el apoyo a la salud de la población, pues sus intervenciones van desde una fase preventiva, es decir, antes que se establezca la enfermedad siempre y cuando el factor de riesgo dependa en gran parte de la conducta inadecuada de la persona.

Cuando la enfermedad ya se ha instaurado el psicólogo que trabaja en el área de la clínica es una pieza importante ya que puede favorecer el apego al tratamiento y además coadyuvar en la instauración de conductas que mejoren la capacidad resiliente, las habilidades de afrontamiento, la toma de decisiones e incluso que el paciente mejore la percepción de la autoeficacia en su proceso de enfermedad con objetivo de lograr una mayor calidad de vida, de esta forma el psicólogo de la salud se convierte en una pieza vital durante los cuidados paliativos en el caso de enfermedades crónicas degenerativas.

En este sentido se debe de entender que las enfermedades no se desarrollan solamente por factores patógenos externos o desequilibrios fisiológicos internos, sino también por conductas que pueden llevar a la generación de enfermedades, por ejemplo, por conductas como la ingesta de alcohol, la conducta de pensamientos de rumiación que no permitan a la persona conciliar el sueño y descansar, las conductas de evitación ante situaciones estresantes o desafiantes, las conductas de deterioro en los hábitos alimenticios, por mencionar solamente algunos de los aspectos que pueden generar impacto negativo en el desarrollo de la salud de las personas así como una afectación a la personalidad.

Como ya lo menciona Oblitas (2008) cada vez existen mayores evidencias de que existe una vinculación entre las conductas de riesgo y el desarrollo de enfermedades, lo cual requiere un involucramiento del profesional de la psicología con el objetivo de la mejora del estado de salud de las personas, es por ello que se habla de “patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad” (Oblitas, 2008, pág. 226), ante estas conductas, la psicología clínica busca realizar intervenciones con sustento en procesos de diagnóstico y evaluación con el objetivo de tener un acercamiento documentado con la realidad de estudio. Es importante recordar lo que Libertad (2003) menciona al respecto de la capacidad y objetivo de intervención en la psicología, cuando se determina que:

La Psicología debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez

más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. (Libertad, 2003, pág. 16)

De esta forma la psicología clínica tiene un papel determinante en los procesos de atención preventiva, cuidado integral del desarrollo de las personas e intervención integral con objetivo de la restauración de las condiciones de salud o bien para el acompañamiento en procesos de enfermedad, desde sus diferentes técnicas así como sus enfoques y modelos de intervención en sus distintos niveles prácticos para lo cual se requiere la aplicación de diagnósticos que faciliten el establecimiento de puntos de referencia o líneas base, la evaluación puede ser entendida esta como un “proceso en el cual se recoge, de manera sistemática, información acerca de una persona en relación con su medio ambiente de forma que puedan tomarse decisiones” (Fernández, 2013, pág. 156) para lo cual se recomienda seguir los pasos de:

1. **Decidir que evaluar.**
 - Identificar características rasgos distintivos de los casos
 - Se operacionalizan categorías o trastornos
2. **Determinar las metas de evaluación.**
 - El diagnóstico agrupa casos conforme los rasgos detectados
 - Su método mide y cuantifica los síntomas dentro de un sistema
 - Representa resultado de evaluar, clasifica individuos a partir de la información
 - Con la finalidad de elaborar un diagnóstico
3. **Seleccionar estándares para la toma de decisiones.**
 - Los estándares pueden referirse a la medición de la propia persona frente a otros (normativa o nomotética)
 - Puede ser también de la medición consigo mismo (autorreferida o ideográfica) (Fernández, 2013)
4. **Recabar datos de evaluación.**
 - Las características específicas de cada caso orientan la forma de proceder en la evaluación
 - Definir enfoque de trabajo
 - Tener claro el método de evaluación
 - Definir técnicas de exploración
5. **Tomar decisiones y emitir juicios.**
 - Tener cuidado con falsas interpretaciones
 - Un error es asociar variables cuando no tienen relación

6. Comunicar la información.

- Es un aspecto importante resultado de todo el proceso
- Inicia una introducción al caso
- Describir las preguntas planteadas o hipótesis
- Describir procedimientos de evaluación a nivel del lector (Fernández, 2013).

Para la caracterización del perfil de personalidad, en este estudio se propuso la aplicación de un Inventario de personalidad ya estandarizado con el cuál describir los rasgos de la personalidad y de ser posible, detectar problemas conductuales que logren conducir a la generación de estrategias para promover una mejor calidad de vida de los estudiantes de medicina.

6 Estrategia y metodología de evaluación

La estrategia de evaluación se organizó en los siguientes pasos.

- a) Presentar a las autoridades de la institución el plan de trabajo desde la etapa de evaluación y hasta la etapa de intervención.
- b) Aplicar el instrumento de evaluación del MMPI.
- c) Calificar cada una de las pruebas realizadas.
- d) Organizar los datos de los resultados
- e) Presentar los resultados de evaluación
- f) Generar un reporte final

7 Método

El método de trabajo fue una investigación de tipo descriptiva desde una perspectiva exploratoria y cuantitativa de las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas básicas de personalidad, ya que en el análisis de las variables solamente se buscó realizar una medición numérica y descripción en nivel ordinal de los resultados de la aplicación del MMPI 2 (Butcher, y otros, 2015), sin establecer causalidades o relaciones entre las variables.

El estudio es de tipo transversal, ya que el acercamiento con el fenómeno de estudio se realiza en un momento de medición de las variables de la personalidad, a través del MMPI, un instrumento con consistencia interna de .75 en el que se encuentran ya definidas y validadas las escalas con traducción y ajuste a población mexicana que se compone de 567 reactivos cuya respuesta de elección es dicotómica (falso-verdadero), el MMPI 2 tiene el objetivo de conocer las características personales así como la detección de probables rasgos de personalidad asociados a problemas de salud mental que entre sus escalas clínicas evalúa:

Hipocondriasis (Hs) Preocupaciones corporales excesivas, diversidad de síntomas somáticos vagos e indefinidos (afecciones gástricas, fatiga, dolor crónico, etc.).

Depresión (D) Sentimientos de depresión e infelicidad, disforia, pesimismo, retraimiento social.

Histeria (Hy) Síntomas físicos vagos (cefaleas, dolores de pecho, debilidad muscular, palpitaciones irregulares).

Desviación psicopática (Pd) Conducta antisocial. Impulsivos. Culpabilizan a los demás de sus problemas.

Masculinidadfeminidad (Mf) Hombres: conflictos en identidad sexual, inseguridad en roles masculinos.

Paranoia (Pa) Susplicacia, desconfianza, hipersensibilidad interpersonal.

Psicastenia (Pt) Ansiedad, tensión, obsesivo-compulsivos, tímidos, inseguros.

Esquizofrenia (Sc) Conductas psicóticas, personas confusas, desorientadas y desorganizadas.

Hipomania (Ma) Conducta hiperactiva, habla acelerada, alucinaciones, delirios.

Introversión social (Si) Ansiedad social o Extraversión. (Butcher, y otros, 2015)

Los participantes acudieron de forma voluntaria, para responder el instrumento aplicado, por lo que no se utilizó ningún método estadístico para la selección de la muestra, por ello se tuvo una muestra por conveniencia compuesta de 103 estudiantes de la licenciatura en medicina del Estado de Aguascalientes, bajo el criterio de inclusión de ser alumno regular e inscrito que curse por primera vez el plan de estudios y que al momento de la aplicación de la prueba, no la hubiese realizado dentro de los últimos dos años inmediatos a la fecha aplicación, no se ha considerado como inclusión límite de edad, ocupación, sexo o nacionalidad, como exclusión el criterio se aplica a estudiantes con un nivel académico diferente al del primer semestre de la carrera, que no tengan antecedentes de formación a nivel profesional (licenciatura) mayor de dos años y no tengan antecedentes de haberse presentado a procesos de evaluación psicológica o psicométrica que puedan sugerir conocimiento previo o familiarización con los reactivos del instrumento.

Para el presente estudio se aplicó el test MMPI 2 principalmente por ser un instrumento estandarizado para la población mexicana, se dispone del instrumento original, manual, hojas de aplicación y una herramienta basada en la aplicación de un software, comprado por el área de Sistemas de la Universidad Cuauhtémoc y con acceso al código de edición, que se basa en el lenguaje de programación de Shockwave Flash.

8 Procedimiento

El procedimiento de trabajo se diseñó a partir de una secuencia de etapas ordenadas de forma jerárquica con el objetivo de lograr la aplicación completa del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, para lo cual se tuvo el apoyo informático de una versión automatizada del MMPI2 y su preparación tuvo los siguientes pasos:

1. Lograr la autorización para la aplicación institucional.
2. Obtención del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota original.
3. Revisión del procedimiento de aplicación.
4. Identificar las herramientas de ofimática disponibles para aplicación automatizada.
5. Revisión de contenido comparando MMPI digital contra datos de MMPI en físico.
6. Revisión de contenido de los ítems con apoyo de revisores.
7. Revisión de tablas de normalización con revisores de apoyo.
8. Ajuste de elementos críticos del test que fueron detectados en la versión digital.

9. Revisión de la normalidad del funcionamiento del software.
10. Instalación del software en los equipos.
11. Selección de la muestra para la aplicación.
12. Organización de los roles de los grupos programados.
13. Aplicación del instrumento.
14. Procesamiento de los datos.
15. Análisis de resultados.

Para cada una de las etapas se propuso la organización temporal mediante el siguiente cronograma:

CRONOGRAMA DE TRABAJO							
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene
1. Lograr la autorización para la aplicación institucional	11						
2. Obtención del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota original	12						
3. Revisión del procedimiento de aplicación conforme manual del MMPI	15						
4. Identificar las herramientas de ofimática disponibles para aplicación automatizada.	25						
5. Revisión de contenido comparando MMPI digital contra datos de MMPI en físico.		9					
6. Revisión de contenido de los ítems con apoyo de revisores.		30					
7. Revisión de tablas de normalización con revisores de apoyo.			13				
8. Ajuste de elementos críticos del test que fueron detectados en la versión digital			21				
9. Revisión de la normalidad del funcionamiento del software			28				
10. Instalación del software en los equipos			16	17			

CRONOGRAMA DE TRABAJO								
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene	Ene
11. Selección de la muestra para la aplicación				25				
12. Organización de los roles de los grupos programados				27				
13. Aplicación del instrumento.					21-24			
14. Procesamiento de los datos.						6		
15. Análisis de resultados.						19		
16. Redacción del informe							18	
17. Presentación de resultados								20

Tabla 14 Cronograma de trabajo

Conforme el cronograma organizado, se aplicó el instrumento MMPI en el laboratorio de cómputo de las Instalaciones de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, con un tiempo estipulado de 45 minutos y hasta máximo 70 minutos de duración para cada una de las aplicaciones.

9 Resultados

Para la aplicación del instrumento se obtuvo la participación de un total de 103 participantes, se realizó un concentrado de resultados a partir de la obtención de puntuaciones típicas, se muestra en la siguiente tabla el resultado de cada uno de los sujetos y por cada una de las escalas básicas, con los resultados al hacer su conversión en puntuaciones típicas (Gómez & León, 2003):

TABLA DE RESULTADOS POR SUJETO Y POR ESCALA													
SUJETO	L	F	K	HS	D	HI	DP	MF	PA	PT	ES	MA	IF
1	49	49	48	48	50	45	46	46	37	42	48	55	46
2	54	43	60	54	39	48	49	61	47	45	43	47	47
3	59	60	47	61	71	67	66	42	67	77	66	37	73
4	40	71	30	50	47	45	53	56	57	69	68	7	58
5	77	46	54	56	75	54	53	48	53	61	48	35	58
6	45	49	38	45	43	40	46	43	49	53	53	50	50
7	53	63	32	45	59	39	49	36	53	60	58	55	60
8	49	49	52	48	57	47	42	55	46	54	55	61	47

TABLA DE RESULTADOS POR SUJETO Y POR ESCALA													
SUJETO	L	F	K	HS	D	HI	DP	MF	PA	PT	ES	MA	IF
9	54	46	45	45	47	41	44	59	50	59	52	52	51
10	54	43	45	59	53	50	46	30	50	53	35	69	40
11	54	48	54	50	54	48	58	48	47	69	57	71	50
12	45	57	40	74	54	60	49	53	56	49	55	70	47
13	63	52	50	63	67	71	53	61	50	65	64	58	47
14	57	94	42	53	69	49	68	70	91	78	75	64	62
15	45	57	33	53	49	39	40	34	57	61	43	55	63
16	49	43	59	62	47	58	63	36	53	60	49	53	40
17	50	63	43	50	39	39	61	48	64	59	61	74	42
18	68	34	62	45	41	46	42	56	38	51	46	37	46
19	50	65	30	67	58	52	37	53	57	53	59	55	57
20	49	60	36	45	57	43	70	51	75	49	57	50	51
21	50	46	37	47	47	45	42	42	53	43	30	44	57
22	68	40	60	50	43	52	56	59	50	41	43	63	40
23	54	40	47	47	41	46	44	37	64	47	40	61	39
24	77	43	56	52	45	50	53	51	41	41	43	50	46
25	50	43	54	45	56	46	53	59	50	53	48	63	45
26	57	46	54	60	59	60	56	46	49	52	55	48	52
27	72	49	59	45	39	52	46	48	46	45	49	61	40
28	53	68	40	62	35	58	53	38	72	54	62	48	56
29	38	68	40	45	50	43	61	41	56	52	64	58	44
30	59	68	41	54	66	50	61	61	60	89	77	77	59
31	68	51	43	67	58	69	63	51	57	67	56	61	64
32	61	49	48	48	47	38	36	55	53	52	52	50	46
33	61	46	50	66	41	67	49	73	56	42	51	53	53
34	59	57	45	63	47	50	56	48	53	45	43	58	47
35	72	43	58	54	43	50	42	56	41	43	54	69	47
36	61	52	48	50	37	54	49	48	46	52	51	67	30
37	57	57	44	40	54	39	38	58	46	40	44	55	39
38	42	43	50	45	35	49	46	46	53	45	48	70	34
39	68	37	50	54	47	57	49	34	64	63	49	61	44
40	36	51	33	43	47	48	53	48	64	49	54	61	46
41	45	46	41	35	41	38	42	30	53	53	48	66	44
42	63	37	58	50	52	54	44	59	57	45	43	44	42

TABLA DE RESULTADOS POR SUJETO Y POR ESCALA													
SUJETO	L	F	K	HS	D	HI	DP	MF	PA	PT	ES	MA	IF
43	45	54	35	50	66	43	53	53	47	65	49	55	73
44	45	57	42	43	43	45	53	34	49	42	42	58	34
45	49	54	44	45	61	43	51	53	56	70	58	50	54
46	42	49	40	34	41	38	38	53	46	40	44	53	56
47	50	71	39	52	69	61	56	37	64	83	63	58	68
48	40	46	39	56	52	52	46	64	41	41	56	55	41
49	49	49	48	40	43	47	44	36	49	47	48	37	51
50	68	48	43	43	60	38	38	42	53	43	41	47	71
51	40	40	39	50	52	46	44	45	44	47	38	66	47
52	54	63	45	61	39	54	51	61	50	53	61	74	36
53	54	46	52	52	52	54	56	53	47	51	44	37	61
54	76	37	61	40	50	49	40	43	46	47	44	53	42
55	68	37	56	59	45	57	46	61	38	53	44	52	51
56	68	43	61	55	54	63	51	48	43	54	49	46	38
57	59	37	60	50	47	41	46	51	41	47	48	55	44
58	68	63	52	55	50	52	63	53	49	49	57	43	50
59	68	40	58	43	43	45	42	53	53	45	48	69	35
60	45	40	61	45	43	45	49	51	49	56	46	43	38
61	54	43	45	47	54	45	51	48	60	47	43	61	47
62	59	46	62	45	62	48	61	54	50	49	54	44	46
63	77	46	54	54	45	50	38	64	47	41	40	63	37
64	65	35	59	40	45	49	40	46	49	47	44	46	38
65	49	49	34	36	59	30	30	36	49	38	30	30	63
66	36	37	60	50	52	48	53	37	47	59	51	55	46
67	63	40	62	47	37	52	49	51	60	45	52	52	31
68	68	43	60	41	39	45	44	61	50	39	46	47	45
69	77	37	56	45	49	48	35	72	38	37	35	39	39
70	61	46	56	60	43	67	51	43	53	54	51	55	44
71	49	80	42	50	75	43	56	48	53	74	83	58	77
72	61	40	48	48	54	47	34	51	46	54	44	39	60
73	59	48	47	63	54	54	40	61	53	41	41	55	41
74	40	57	45	45	39	39	63	56	53	53	63	77	44
75	72	35	61	55	50	60	46	53	49	49	44	41	39
76	54	63	41	47	41	48	53	59	53	49	54	58	51

TABLA DE RESULTADOS POR SUJETO Y POR ESCALA													
SUJETO	L	F	K	HS	D	HI	DP	MF	PA	PT	ES	MA	IF
77	63	46	39	41	54	39	44	56	47	53	61	50	58
78	45	37	62	53	49	54	49	61	50	59	46	52	42
79	84	54	61	62	65	76	58	65	56	52	48	39	50
80	61	88	54	68	63	73	51	63	66	84	80	58	64
81	53	40	46	43	41	38	40	60	49	40	40	46	48
82	49	71	36	40	54	41	44	55	69	54	64	70	62
83	53	40	61	60	54	56	56	48	49	54	57	46	37
84	36	63	43	61	43	54	58	75	57	75	95	90	41
85	63	46	47	45	41	54	46	56	50	45	46	69	42
86	65	35	61	53	52	47	42	53	46	52	42	43	48
87	95	57	62	76	67	82	63	42	64	47	56	44	51
88	45	49	50	43	39	45	49	36	46	38	40	48	43
89	59	37	53	43	47	39	46	46	44	39	38	31	51
90	54	46	54	37	47	35	46	32	50	53	53	44	58
91	63	48	47	52	58	39	42	67	57	51	56	55	46
92	54	46	52	52	47	39	44	72	44	39	46	42	39
93	77	40	60	45	41	48	38	64	44	43	41	55	39
94	57	46	54	60	54	49	42	58	56	49	48	48	55
95	72	43	60	52	39	54	37	64	47	43	43	47	37
96	50	40	47	35	43	36	42	59	50	43	48	61	46
97	50	51	52	47	47	50	51	64	41	57	49	71	45
98	50	57	35	43	52	39	69	61	47	49	49	77	52
99	57	35	54	43	43	43	49	41	53	42	37	50	43
100	68	40	62	56	47	52	49	53	47	49	54	58	42
101	65	37	61	43	50	41	49	46	46	45	42	41	46
102	50	51	43	47	33	41	44	51	47	47	40	63	47
103	68	71	59	60	67	49	76	36	37	52	53	35	64

Tabla 15 Tabla de resultados por sujeto y por escala básica .

Como puede observarse las escalas que se procesaron son las de validez (Mentira, Infrecuencia y Corrección) además de las escalas clínicas o básicas (Hipocondriasis, Depresión, Histeria conversiva, Desviación psicopática Masculinidad – Femenidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía, e Introversión social.

Al procesar la información por escalas, las primeras tres escalas que son de Mentira, Infrecuencia y Corrección, conforman las escalas de validez, en el caso de la escala de

Mentira, su medición indica el grado en que una persona se quiere presentar ante la evaluación, generalmente como una persona muy virtuosa. Conforme experiencias de aplicación con muestras de mexicanos, estas escalas comparada con población de otros países, tienden a ser más elevada en sus puntuaciones en las respuestas de población mexicana:

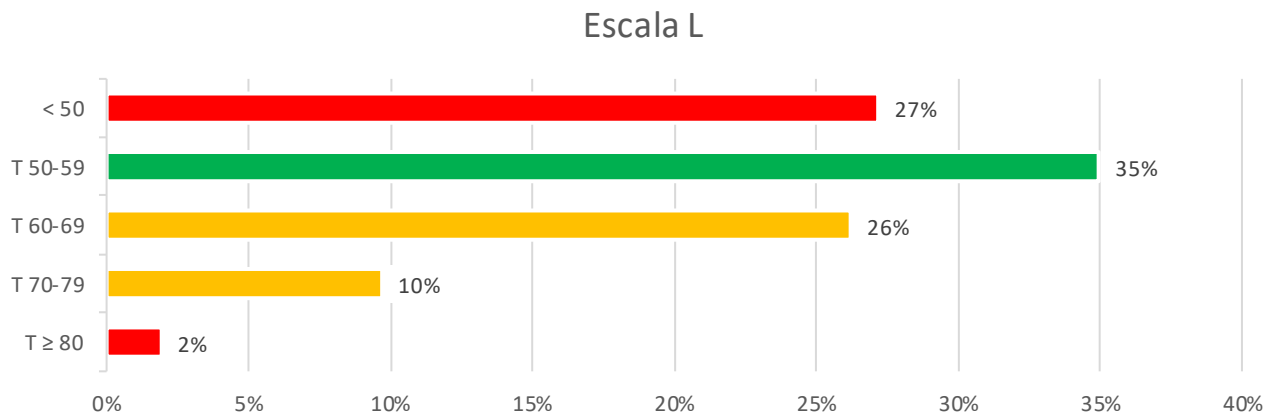


Ilustración 7 Gráficas de la Escala 7 (mentira) del MMPI (Gómez & León, 2003)

En la escala anteriormente mencionada, se puede observar que el 27% de los sujetos evaluados obtuvieron un < 50 considerado como válido pero que no obstante tiende a exagerar sus fallas y problemas por lo que pueden presentar dificultad para adaptarse, por su parte el 35% se encuentra conforme con su propia imagen mientras que el 38% restante tiene puntuaciones que pueden interpretarse como validez cuestionable al momento de dar su respuesta ya que tratan de aparentar una buena imagen. Una parte de esto se reafirma en la escala de infrecuencia que indaga sobre si las personas han contestado al azar la prueba, la concentración de puntajes presentó:

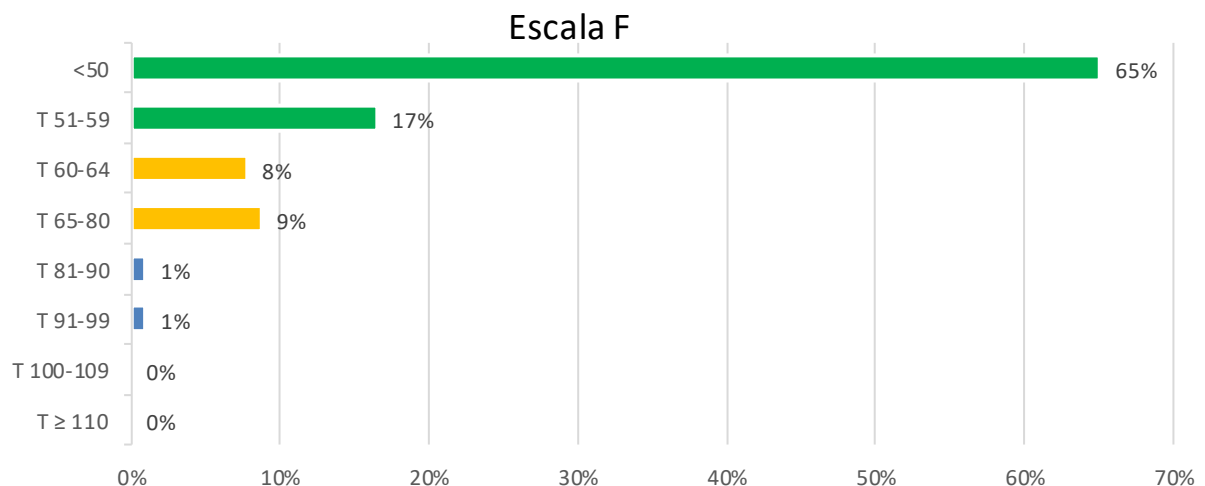
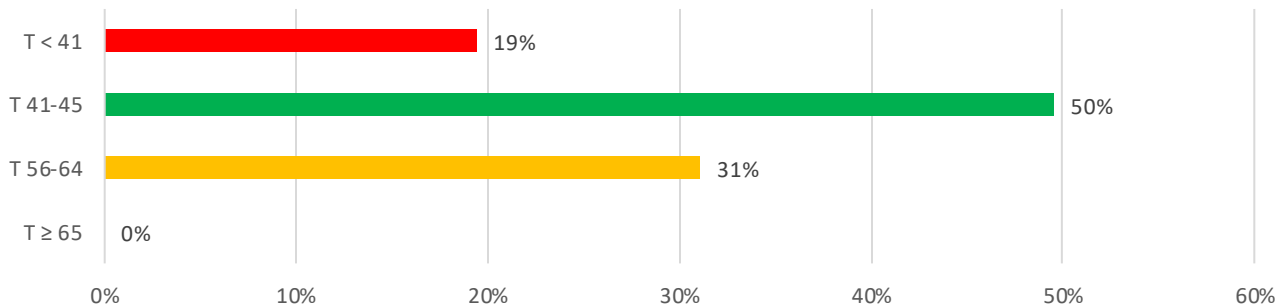


Ilustración 8 Resultado de escala F (Infrecuencia) del MMPI (Gómez & León, 2003)

Pudo observarse que el 2% solamente se puede considerar como probablemente válido o límite, mientras que el 17% se considera como perfil con probabilidad de validez, 17% tiene

resultado válido y 65% de las personas evaluadas obtuvieron un resultado que se puede interpretar como sincero y socialmente adaptado.

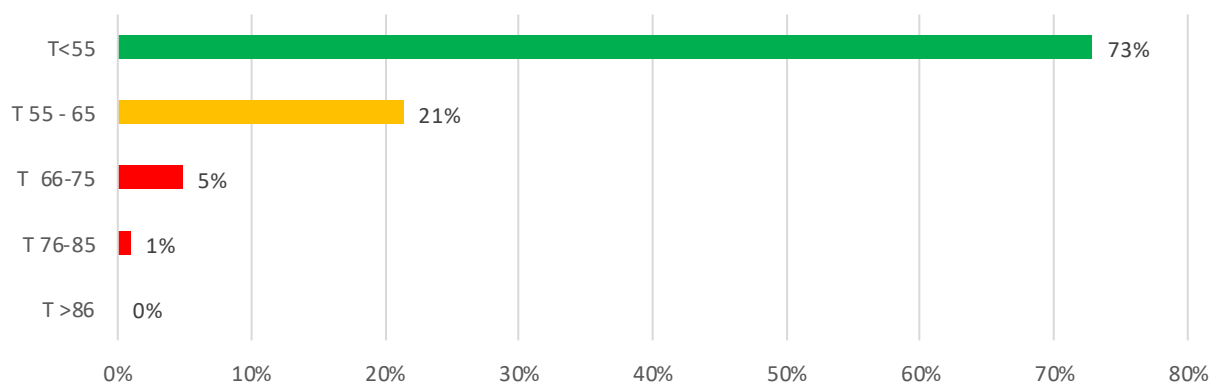
Escala K



Finalmente en la escala de Corrección, esta escala se relaciona con varias de las escalas clínicas o básicas en cuanto a la actitud de no aceptar y por lo tanto negar sus problemas personales. En puntuaciones muy bajas la persona puede pedir ayuda o estar fingiendo síntomas. Los resultados mostraron que solamente el 31% de los evaluados tuvieron puntuaciones T56-64 que se pueden interpretar como elevación moderada lo cual se interpreta como una conducta no adaptada además de que el 19% de los evaluados por sus puntuaciones T<41, se puede interpretar con un perfil en el que existen defensas inadecuadas o se finge tener problemas.

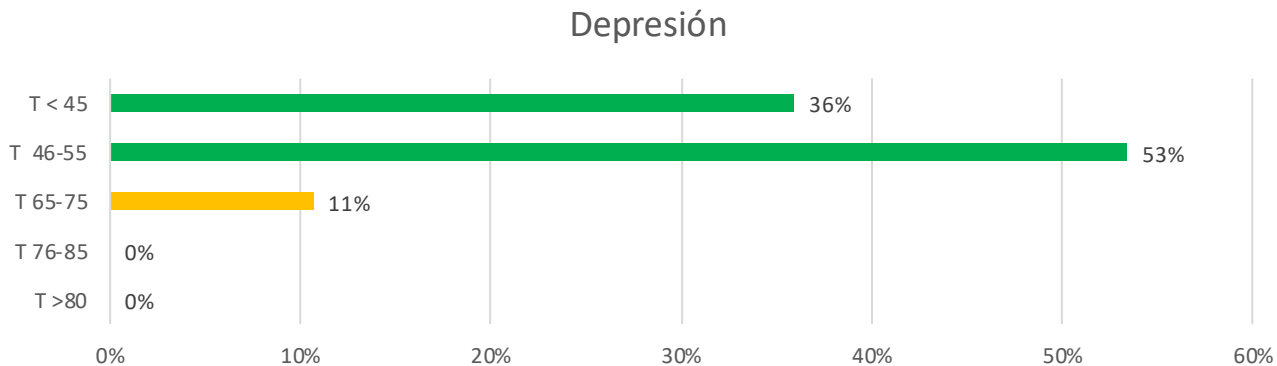
Por su parte en cuanto a los resultados de las escalas básicas o clínicas, se tiene como resultado que en la escala de Hs (Hipocondriasis) en la que se mide la tendencia de la persona por preocuparse y tener quejas por diversos sistemas del cuerpo y las sensaciones de malestar general, que como resultado se obtuvo que el 73% tuvieron puntuación de T<55 que se interpreta como dentro de la normalidad, mientras que 21% obtuvo T55-65, por su parte el 5% obtuvo T66-75% y únicamente el 1% con resultado de T 76 – 85. En esta escala a mayor puntuación mayor tendencia de preocuparse por el estado corporal:

Hipocondriasis

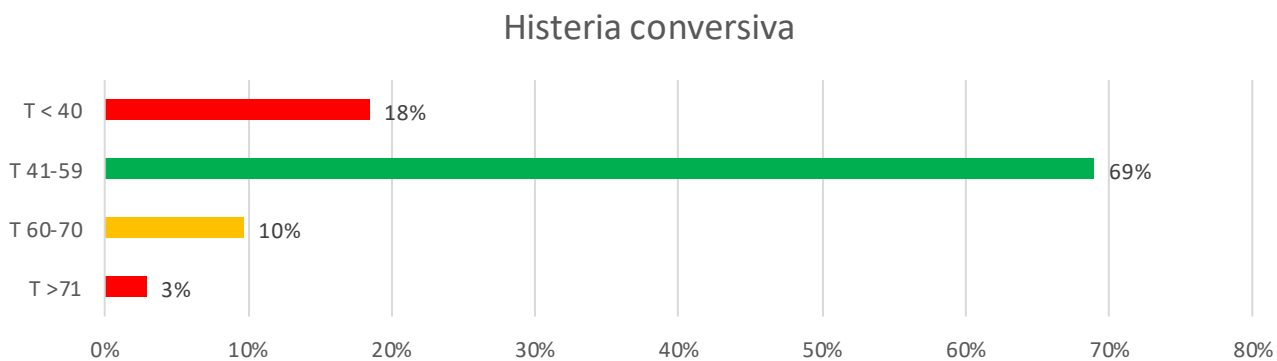


Otra de las escalas de importancia dentro del MMPI es la de depresión que se refiere a la identificación de conductas de conductas de desmoralización o desesperanza por lo que refiere a la posibilidad de que se presente una depresión clínica, con el resultado de un 36%

que presentaron T <45 además de que el 53% tuvieron puntuaciones de T 46-55, por lo que se interpretan como puntuaciones dentro de la norma. Solamente el 11% obtuvieron T65-75 que puede interpretarse como cierta tendencia a presentar un estado de ánimo apagado, pesimista y muy autocrítico:



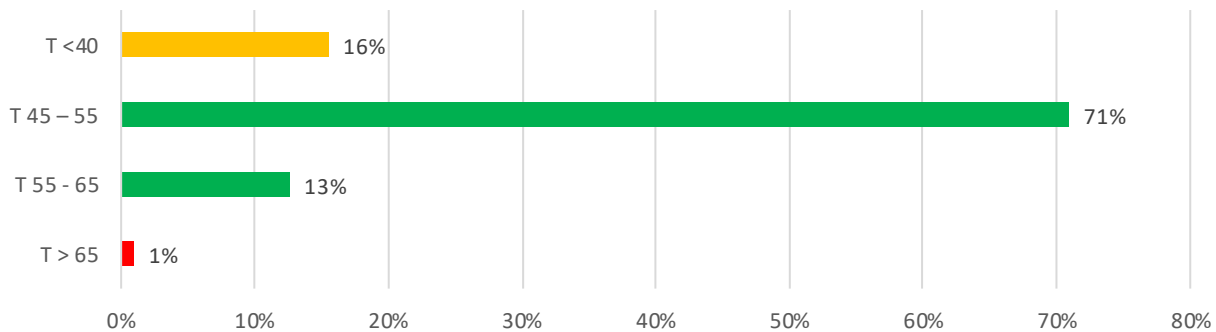
En lo que respecta a la escala de Histeria conversiva, cuyo objetivo central es el registro de personas con un perfil generalmente caracterizado por patrones inusuales de conducta con rasgos extravagantes, solamente el 3% obtuvo T>71 que se puede interpretar como puntuación para personas que son muy demandantes de que las situaciones se adapten a sus necesidades, además de un grado de narcisismo y egocentrismo. En lo que corresponde al rango de T60-70 solamente el 10% de los sujetos presentaron esta puntuación que se interpreta como buena habilidad social, adaptación y simpatía. Personas expresivas, convencionales y moralistas, de la misma forma el 69% que obtuvieron T 41-59 se interpreta como personas con equilibrio emocional y responsabilidad. Finalmente el 18% que obtuvo T<40 en la puntuación, se interpretan como individuos con poco interés por los demás, generalmente aislados.



En lo que se refiere a la escala de desviación Psicopática, es una escala en la que la persona evaluada obtiene un resultado, acerca de si tiene tendencias antisociales, problemas familiares o problemas con la autoridad. En esta escala solamente el 16% se encuentra debajo del promedio grupal con T<40, esto se puede interpretar para personas que son rígidas y tienen poca confianza en sí mismos, por su parte el 71% de los evaluados obtuvieron T45 -55, es decir, se pueden caracterizar como personas confiables, sinceras y responsables, mientras que 13% con T 55-65 se pueden caracterizar como personas con

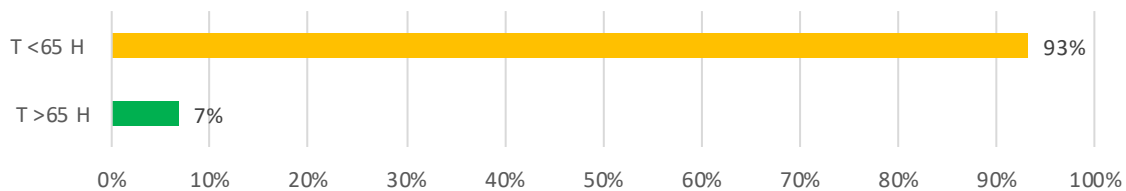
muestra de sinceridad y confiables, en este caso, solamente el 1% presenta un T>65 lo que representa la posibilidad de interpretar poca capacidad de juicio, dificultad para planear, inestabilidad e irresponsabilidad en uno de los sujetos evaluados.

Desviación psicopática



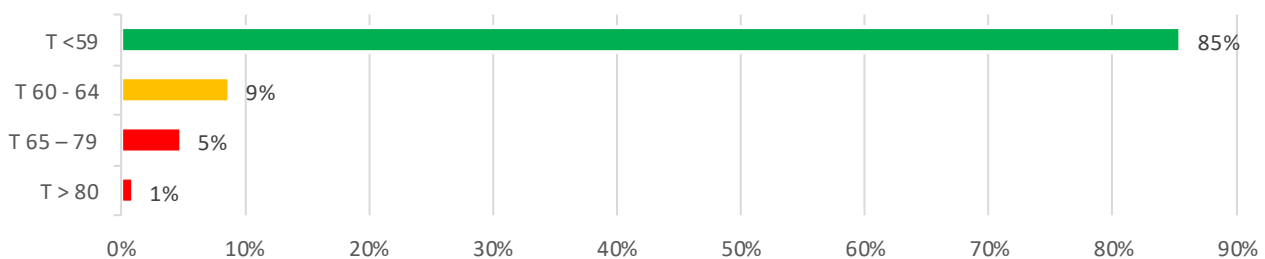
Por su parte al evaluar mide los intereses del género que se refiere a la forma en la que el sujeto se ubica dentro de un rol masculino o femenino, los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres en un 93% se organizan acorde a su rol sexual y son tolerantes con opiniones diferentes, solamente el 7% expresaron por T>65 que sus posturas son rígidas o de rechazo a ideas diferentes:

Masculinidad - Femeinidad



Respecto de la escala de paranoia, esta se refiere a conductas psicóticas con ideas de referencia, delirios de persecución o grandeza y suspicacia con los siguientes resultados:

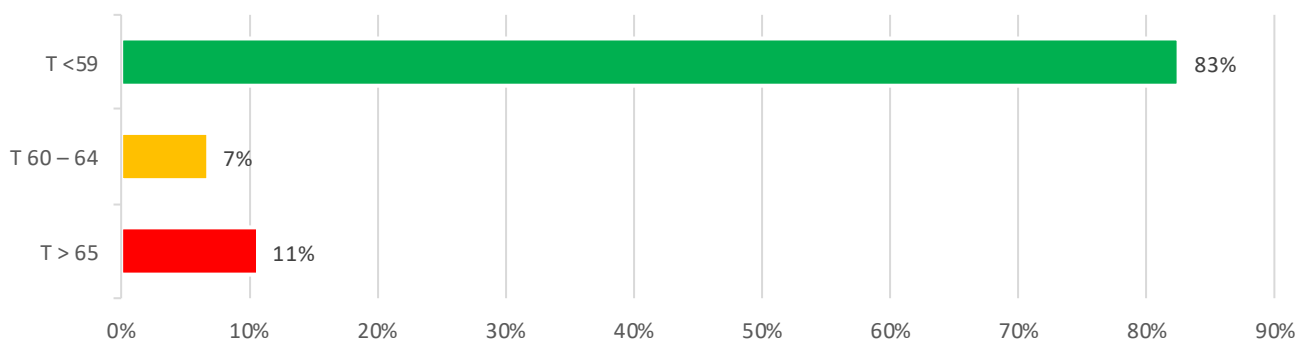
Paranoia



En esta escala como puede verse el 85% de los evaluados obtuvo una puntuación $T < 59$ lo que se interpreta como normalidad, para personas que han desarrollado habilidades sociales, confiadas y equilibradas, mientras que para el 9% con $T 60-64$ existe una interpretación de ser personas sensibles a situaciones sociales, moralistas y con desconfianza en las demás personas, un 5% de las personas evaluadas presentaron $T 65-79$ con reacciones excesivas alas de las demás, por ello pueden mostrarse cautelosos, resentidos o con constantes discusiones y un 1% presentó $T > 80$ lo que se interpreta como conductas psicóticas y trastornos del pensamiento, esto significa que requiere de posible abordaje psiquiátrico.

Durante la aplicación de las escalas, al evaluar las posibles preocupaciones de tipo obsesivas o conductas rituales y de esta forma identificar un posible debilitamiento del control mental se encontró que solamente el 10% presentó un $T > 65$, mientras que el 7% se mostró con puntuación de $T 60-64$ que se puede interpretar como ppersonas con conductas perfeccionistas, metódicas, eficientes por su parte el 11% dio de puntuación $T > 65$, lo que se considera como una características de las personas con agitación, preocupación, nerviosismo, dificultad de concentración y nerviosismo:

Psicastenia



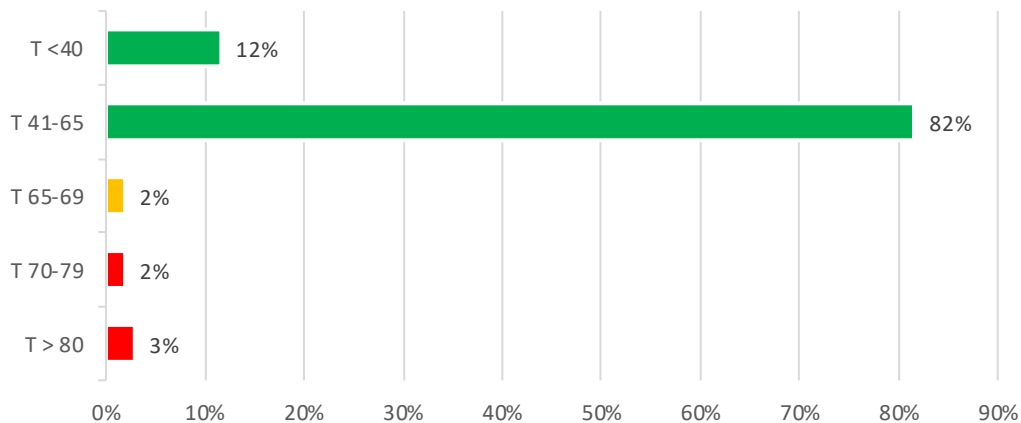
Otra de las escalas de importancia dentro de la aplicación del MMPI es la escala de esquizofrenia, esta escala busca identificar las conductas que se definen claramente psicóticas, por la existencia de delirios de persecución, ilusiones, alucinaciones, pensamiento delirante, alienación social, dificultades sexuales o relaciones familiares difíciles.

Esta escala en sus puntuaciones con $T < 40$ se presentó en el 12% de las personas evaluadas, esta puntuación se considera para personas con características conservadoras y probablemente sumisas, por su parte las puntuaciones de $T 41-65$ se obtuvieron por el 82% de las personas que participaron en la evaluación, por lo que se puede considerar que son personas equilibradas y confiables, en cambio con puntuaciones de $T 65-69$ el 2% de los evaluados se les puede caracterizar como personas que tiene una conducta distante, indiferente y no aceptan convencionalismos sociales, además de que muestran demasiada preocupación por sí mismo.

En esta escala el 2% tuvo $T 70-79$ lo que define a personas que no se integran a su medio

social o se manifiestan como incomprendido(a)s, además de ser rechazados con marcados sentimientos de inferioridad:

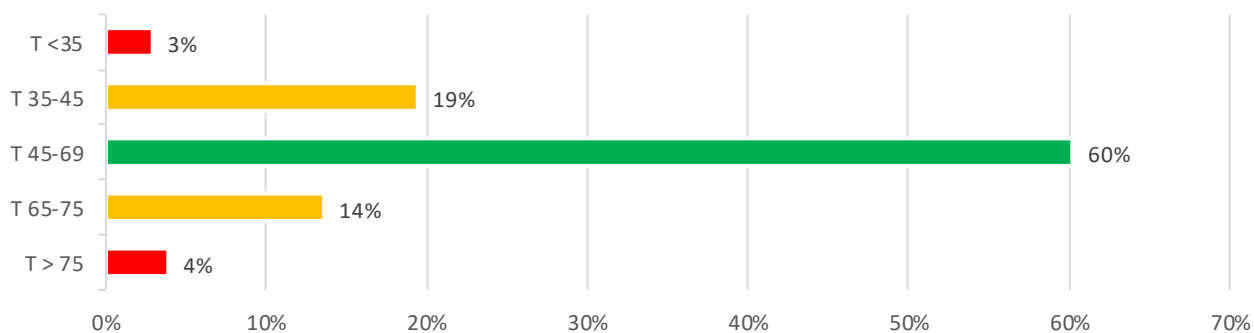
Esquizofrenia



Finalmente el 3% de los evaluados que obtuvieron T>80 pueden caracterizarse por una conducta que muestra conducta desorganizada, desorientada con delirios de grandeza y pobreza en el juicio.

En seguimiento a los resultados de las escalas del MMPI, se aplicó la escala de Hipomanía, que se centra en valorar la presencia de conductas de variación maniaca o hipomaniaca, estas conductas pueden transitar de conductas agresivas o hiperactivas y pasar de forma inmediata al extremo con conductas de desactivación de o aletargamiento de las reacciones. En esta escala el 3% tuvo un perfil en el que se expresaron bajos niveles de actividad, letargo, indiferencia o apatía y presencia de fatiga crónica, por su parte el 19% en su perfil obtuvo T35-45 lo que se interpreta como características de personas conservadoras, autocontroladas y sumisas:

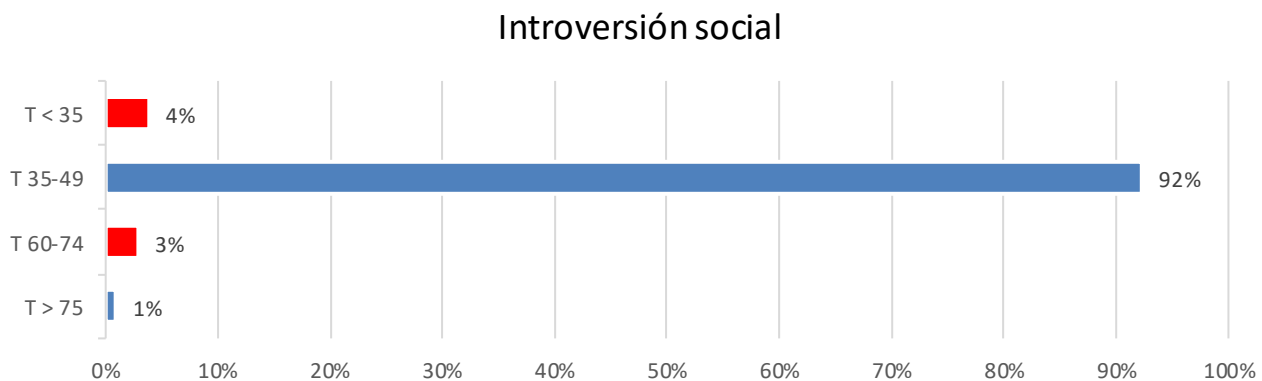
Hipomanía



El perfil con mejores características y T45-69 se obtuvo por el 60% de los evaluados, de esta forma se puede decir que ese porcentaje de personas se describen como convencionales, y reguladas en sus relaciones sociales a diferencia de las personas con T65-75 que se presentó en un 14% de las personas y que se valora como sujetos con características de ser

enérgicos, con diversidad de intereses pero también pueden presentarse manipuladores persuasivos, impulsivos, por lo tanto las calificaciones de $T > 75$ son para personas caracterizadas con mucha actividad además de que pueden presentar delirios de grandeza, estas personas pueden presentar episodios de irritabilidad, inquietud y dificultad para regular impulsos.

Finalmente la escala de Introversión Social se refiere a la adecuación de las personas a situaciones sociales desde un punto de vista dicotómico para reconocer el grado de extroversión o introversión de una persona. En esta escala el 4% de los participantes obtuvieron una $T < 35$, que se interpreta como el establecimiento de relaciones interpersonales de tipo superficiales, además de con cierta timidez. En cambio el 92% de los sujetos lograron una $T 35-49$ que se puede interpretar como un cierto equilibrio entre introversión y extroversión social mientras que solamente el 3% obtuvo $T 60-74$ ya que aparentemente estas personas prefieren participaciones en grupos pequeños, aislados de otros. Pueden relacionarse con los demás pero no quieren hacerlo, aunque en un grado mayor de aislamiento social, el 1% obtuvo $T > 75$ que se entiende como un perfil de personalidad que tiene posibilidad de que confunda la realidad con sus fantasías en su proceso de vincularse socialmente:



Como punto de cierre a la descripción de los resultados obtenidos en las escalas, se aplicó un análisis de fiabilidad de la escala con ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) con el cuál los reactivos tuvieron un comportamiento de .99 conforme el índice de consistencia Alfa de Cronbach en la integración de las 13 escalas consideradas:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,996	,997	13

De esta forma el Alfa de Cronbach se puede valorar en términos de una muy buena confiabilidad estadística y por ello los resultados pueden considerarse de forma seria para elaborar las conclusiones pertinentes.

10 Conclusiones

A partir del análisis de los resultados, se puede apreciar que solamente en la escala de Mentira, una de las puntuaciones típicas se mostró en más del 30% de los evaluados, por lo que se puede demostrar que en el proceso de evaluación se debe considerar la posibilidad no considerar los resultados de algunos sujetos que mostraron con dicho resultado que trataron de dar respuestas “ideales” o al menos mostrarse con las mayores virtudes en su persona, esto probablemente se debe al condimento previo de que en su formación académica, estaban a punto de ingresar a un contexto de alta exigencia académica, competitividad entre los estudiantes, exigencias de los docentes y la complejidad de los contenidos académicos.

En el resto de las escalas en los resultados de las puntuaciones típicas, no se supera el 20% de los sujetos con puntuaciones que puedan dar una caracterización asociada a problemas psicológicos, en este sentido, destaca la escala de histeria conversiva, que marcó un perfil pronunciado de para personas que son muy demandantes esperando que las cosas o las situaciones se adapten a sus necesidades, además de un grado de narcisismo y egocentrismo, esto puede causar constantes sensaciones de frustración y con ello abandono escolar, lo cual es algo que debe atenderse preventivamente ya que puede combinarse rápidamente con los resultados de la escala de Psicastenia en la que se delimita un perfil en el que los sujetos se pueden caracterizar como personas con agitación, preocupación, nerviosismo, dificultad de concentración.

Como ya lo mencionan algunas investigaciones con estudiantes de medicina, en el estudio de los factores de personalidad no solamente se centra el interés para la mejora de los propios estudiantes, ya que “el bienestar de los estudiantes de medicina es de interés no solo de los propios estudiantes, sino también de los médicos, de las organizaciones de atención de salud y de los pacientes a los que se brinda atención” (Torres, y otros, 2018, pág. 33), de esta forma al beneficiar a los estudiantes se beneficia también a los pacientes y a la salud mental del sistema institucional.

Para reducir los costos que se relacionan con la alta prevalencia y las consecuencias de los trastornos mentales, se debe de trabajar desde intervenciones preventivas sobre todo considerando que el 70% de los trastornos se presentan en personas menores de los 25 años por lo cual las intervenciones se deben de centrar en esa población ya que de otra forma, una vez que se hace presente el problema de salud mental, tiende a volverse crónico, vincularse con otros factores de riesgo y afectar la vida escolar, social o personal (Torella, y otros, 2016). Estas acciones de prevención se deben de orientar a las acciones preventivas de los factores de riesgo, enfatizar las fortalezas personales, la resiliencia y motivar las conductas de protección.

La detección oportuna de problemas asociados con la salud mental y la salud física permiten orientar las intervenciones de forma preventiva ya que los trastornos mentales una vez que inician su proceso de desarrollo no solamente afectan a la persona, sino también tienen cierto nivel de impacto en la sociedad además de ser un factor de desigualdad y problemas laborales, el sufrimiento en las personas con problemas de salud mental en diversos casos “resulta mucho mayor que los problemas de salud física” (Tortella, y otros, 2016, pág. 38) , de esta forma, el conocimiento de los factores asociados con las alteraciones psicopatológicas, así como los factores que determinan el bienestar psicológico desde la prevención, tratamiento y promoción son importantes dentro de los procesos de investigación en salud mental.

A manera de discusión final, resulta es importante considerar en futuros estudios, siempre la ventaja y desventaja de los procesos de aplicación de estos inventarios, sería importante valorar si las normas de aplicación y calificación se siguen de forma completa por los profesionales que la aplican, además de que se requiere tener criterios para decidir los casos y las situaciones en las que es prudente la aplicación de estos inventarios ya que se ha extendido su uso para la valoración de otros ámbitos para los cuales no fue creada, como por ejemplo para la selección de personal, procesos de selección escolar o habilidades directivas y perfiles psicológicos. Es importante preguntarse sobre cuál es la necesidad real y el razonamiento para la evaluación psicológica mediante este tipo de instrumentos, debido a la necesidad de considerar costos en tiempo, conocimientos necesarios y formación profesional para validar la interpretación, así como los recursos materiales que se requieren para generar evaluaciones confiables.

Para futuras investigaciones será importante valorar la importancia que hoy en día tiene el inventario, cuál es la frecuencia de uso, identificación de errores en la aplicación, tipo de casos en los que se aplica, alcance y utilidad que tiene el MMPI en el trabajo práctico de los psicólogos, tanto en poblaciones con perfiles de personalidad clínica y no clínica, además de que sería importante generar una fundamentación basada en estudios empíricos y comprobar la validez de contenido y su cercanía con la realidad de los constructos de las escalas, esto frente a las posiciones teóricas en el estudio de la personalidad, en este sentido es importante siempre sugerir el uso de métodos de evaluación procurando medir las diferentes dimensiones del desarrollo humano y en este sentido comparar los ítems con indicadores de conductas de riesgo y la predictibilidad de las escalas relacionados con diferentes patologías.

Es importante reconocer que la personalidad en por una parte es dinámica, por lo que las características de conducta de las personas es modificable y puede cambiar para mejorar en su desarrollo personal o bien deteriorar hasta el punto de presentarse como una limitante para crecimiento personal. La personalidad es dinámica y por ello se vuelve una oportunidad de cambio y mejora, bajo este principio, es importante la identificación oportuna de las variables en las que se expresa una necesidad de atención preventiva y/o correctiva para la implementación de programas de desarrollo humano.

11 Bibliografía

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Panamericana.
- Ayala, N., Lemos, I., & Nunes, C. (2014). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universidad y Psicología*, 13(2), 259-539.
- Barraza, R., Muñoz, N., & Contreras, A. (2017). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo Chile. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 203-208.
- Butcher, J., Cabiya, J., Lucio, E., & Garrido, M. (2009). *Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos*. México: Manual Moderno.
- Butcher, J., Graham, J., Ben- Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., & Kaemmer, B. (2015). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2*. México: Manual Moderno.
- Carlson, N. (2014). *Fisiología de la conducta*. México: Pearson.
- Carrasco, G., Natera, R., Reyes, M., & Pacheco, M. (2015). Las necesidades de salud y la respuesta social en una localidad rural: Metáforas y dilemas frente al consumo de alcohol. *Revista de Salud Mental*, 129-138.
- Carreño, S., & Medina, E. (27 de agosto de 2018). *IMSS. GOB*. Recuperado el 2019 de julio de 19, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2007). *Perfil del profesional de la psicología de la salud*. España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- CONAPO. (2016). *Documento metodológico. Proyecciones de la población de México*. . México: Conapo.
- Córdoba, E., & Rivera, S. (2019). Herramientas para el análisis y la transformación de la educación y cultura médica para la promoción de la salud mental en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*, 20, 148-153. Recuperado el 2019 de agosto de 12, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318301803>
- Fernández, R. B. (2013). *Evaluación psicológica. Concepto, métodos y estudios de caso*. Madrid: Pirámide.
- Galdames, S., Jamet, P., Bonilla, A., Quintero, A., & Rojas, V. (2018). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes. Estudio autobiográfico. . *Hacia la Promoción de Salud*, 28-43.
- García, M. A., Crocker, R. S., Abreu, F. H., & Vázquez, J. E. (2015). *Educación Médica en México. Visión estratégica del cuerpo académico de AMFEM*. México: AMFEM.
- Gobierno de la República. (2015). *Panorama Anual del Observatorio Laboral Mexicano 2013-2014*. Reporte de encuesta laboral, Secretaría del Trabajo, Observatorio Laboral, México.
- Gómez , E., & León, M. (2003). *Uso e interpretación del MMPI 2*. México: Manual Moderno.
- González, J. (2019). Relación de rasgos de la personalidad y la actividad física con la depresión en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.*, 6(1), 29-35. Recuperado el 19 de 06 de 19, de

https://www.revistapcna.com/sites/default/files/04_0.pdf

- Heinze, V., Vargas, B., & Cortés, J. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 343-350.
- Hernández, J., & Alto, N. (2019). Relación de los rasgos de personalidad y la actividad física con la depresión en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.*, 29-35.
- INEGI. (2016). *Indicadores generales del Estado de Aguascalientes*. Recuperado el 3 de abril de 2018, de Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática. : <http://www.inegi.org.mx/>
- INEGI. (2017). *anuario Estadístico de Aguascalientes*. Aguascalientes: INEGI.
- INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jiménez, M. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud - enfermedad. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquia.*, 163-184. Recuperado el 2019 de abril de 05, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5280335.pdf>
- Kovacs, F., Gil, T., Gestoso, M., López, J., Mufraggi, N., & Pere, P. (2008). Relación entre hábitos de vida y calificaciones adolescentes. *Medicina de sport*, 7-9.
- Libertad, m. A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revistas cubana de Salud Pública*, 29(3).
- Meléndez, L., & Solano, V. (2017). La desnutrición y el estrés van a la escuela:pobreza infantil y neurodesarrollo en América Latina. *Innovaciones Educativas*(27), 55 - 70.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte en Psicología de la Salud. *Psicología*, 26(2), 219-254.
- OMS. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*, (págs. 1-20). Nueva York.
- OMS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington: OMS.
- OPS, O. /. (2015). *Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS.2014-2018*. México: OPS - OPS.
- Ortiz, M. (2014). *Psicopatología Clínica, Adaptado al DSM V* (2da edición ed.). México: Pirámide.
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. México: Mc. Graw Hill.
- Pimentel, L. (2019). The Importance of Mental Health in the Mexican Public Health System. *Mexican Journal of Medical Research/CSA*, 1-6. Recuperado el 2019 de agosto de 15, de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/MJMR/article/view/3794/5983>
- Rodríguez, M., García, M., & Franco, P. (2013). Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria-. *Universitas Médica*,

54(4), 472-494.

- Sánchez, T., Osorno, L., Valdez, S., Heshiki, L., García, L., & Zárate, Z. (2010). Rasgos de personalidad, inteligencia y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de médico cirujano. *Archivos de medicina familiar.*, 12(1), 25-27.
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del*. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, de Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud.: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf
- Secretaría de Salud. (2017). Recuperado el 2 de abril de 2018, de Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (mayo de 2015). *Observatorio Laboral*. Obtenido de http://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Panorama_ejecutivo_2013_2014.pdf
- Torella, M., Vázquez, C., Valiente, C., QUero, S., Soler, J., Montorio, I., . . . Fernández, F. (2016). Retos en el edesarrollo de intervenciones psicológicas y la practica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 65-71. Recuperado el 2019 de octubre de 05, de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n2/original4.pdf>
- Torres, A., Velázquez, G., Martínez, A., García, J., Gómez, M., Jasso, A., & Ortiz, D. (2018). Rasgos de la personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera. *Investigación en Educación Médica.*, 7(25), 27-35. Recuperado el 19 de 06 de 16
- Torres, N., Rodríguez, J., & Acosta, M. (2013). Personalidad, aprendizaje y rendimiento académico en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 193-201. Recuperado el 15 de 08 de 2019
- Tortella, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernández, F., García, J., . . . Jiménez, S. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 37-43. Recuperado el 15 de noviembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180644972006>
- Valencia, A., Velasco, A., Luquín, S., Díaz, Y., & García, E. (2004). Efectos cerebrales del medio ambiente social. . *Revista de Neurología.* , 869-878.
- Vargas, I., Remírez, C., Cortés, j., Farfán, A., & Heinza, G. (2011). Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de medicina: Estudio de seguimiento a un año. *Salud Mental*, 301-308.
- Ybarra, S., & Luz, R. A. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico : herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud* . México: Manual Moderno.

12 Anexos

ANEXO I

TABLA DE APOYO PARA LA INTERPRETACIÓN DEL MMPI 2

Escalas de validez

La elevación de las puntuaciones de esta escala pueden invalidar su validez en los resultados:

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL
PD \geq 30	Probablemente Invalido
PD 11-29	Validez Cuestionable
PD 2-10	Probablemente Valido
PD 0-1	Valido

Escala L (Mentira)

Su medición indica el grado en que una persona se quiere presentar ante la evaluación como una persona muy virtuosa. Conforme experiencias de aplicación con muestras de mexicanos, esta escala comparada con población de otros países, tiende a ser más elevada en sus puntuaciones.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T \geq 80	Probablemente invalido	Miente en sus respuestas Presenta actitud defensiva Se esfuerza por engañar
T 70-79	Validez cuestionable	Busca presentar una imagen demasiado virtuosa de sí
T 60-69	Probablemente válido	Presentó defensividad moderada

T 50-59	Válido	Conforme con su propia imagen.
< 50	Válido	Exagera sus fallas y problemas, puede presentar dificultad para adaptarse a las normas

Escala F (Infrecuencia)

Es una escala para interpretar si se ha contestado la prueba al azar o bien de fingir demasiada adaptación.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T ≥ 110	Perfil inválido	Inválido
T 100-109	Probablemente inválido	Perfil de pacientes con perfil psiquiátrico o conducta delincuente.
T 91-99	Probablemente válido	Debe interpretarse con cuidado
T 81-90	Límite de validez	Patrón de confusión o desorientación.
T 65-80	Perfil con probabilidad de validez	Puede presentar exageración de algunos síntomas. La persona se muestra con accesibilidad para tratar los problemas.
T 60-64	Perfil válido	La persona funciona adecuadamente.
T 51-59	Válido	Condicionado a que sea mayor que L y K
<50	Poca expresión de síntomas	La persona es sincera y socialmente adaptada.

Escala K (Infrecuencia)

Se relaciona con varias de las escalas clínicas o básicas en cuanto a la actitud de no aceptar y por lo tanto negar sus problemas personales. En puntuaciones muy bajas la persona puede pedir ayuda o estar fingiendo síntomas.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T ≥ 65	Alta defensividad	Respuestas con actitud defensiva y la persona niega todo síntoma.
T 56-64	Elevación moderada	Perfil de pacientes con perfil psiquiátrico o conducta delincuente.
T 41-45	Elevación media	Equilibrio entre autoprotección y buenos recursos para el

		tratamiento.
T < 41	Baja puntuación	Defensas inadecuadas, súplica por ayuda o se finge tener problemas.

Escala Hs (Hipocondrías)

En esta escala se mide la tendencia de la persona por preocuparse y tener quejas por diversos sistemas del cuerpo y las sensaciones de malestar general.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T >86	Elevación grave	Excesiva preocupación corporal y persistentes quejas somáticas.
T 76-85	Elevación significativa	Se puede llegar a inmovilizar por los síntomas.
T 66-75	Elevación significativa	Puede ser una persona con grado significativo de somatización o síntomas físicos.
T > 55 - 65	Elevación moderada	Hay preocupación por el estado de salud

Escala D (Depresión)

En esta escala se valoran las conductas de desmoralización o desesperanza por lo que refiere a la posibilidad de que se presente una depresión clínica,

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T >80	Elevación grave	Introversión, aislamiento social, timidez. Probablemente ansiosos.
T 76-85	Elevación significativa	Persona moralista y preocupada, irritable y tímido.
T 65-75	Elevación significativa	Tendencia a presentar un estado de ánimo apagado, pesimista y muy autocrítico.
T 46-55	Nivel medio	Persona con rasgos de ser conforme consigo mismo, estable, equilibrada y realista.

T < 45	Puntuación baja	Persona bastante entusiasta sin inhibiciones sociales
--------	-----------------	---

Escala Hi (Histeria conversiva)

En esta escala se registran las personas con un perfil generalmente caracterizado por patrones inusuales de conducta con rasgos extravagantes.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T >71	Elevación grave	Muy demandantes de que las situaciones se adapten a sus necesidades. Algo grado de narcisismo y egocentrismo. Podrían tener conductas caprichosas, desinhibidas que pueden presentar conductas caprichosas ante frustraciones.
T 60-70	Nivel medio	Buena habilidad social, adaptación y simpatía. Personas expresivas, convencionales y moralistas.
T 41-59	Nivel medio	Son personas con equilibrio emocional y responsabilidad.
T < 40	Puntuación baja	Individuos con poco interés por los demás, generalmente aislados.

Escala Dp (Desviación psicopática)

En esta escala se valora si la persona evaluada tiene tendencias antisociales, problemas familiares o problemas con la autoridad.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 65	Elevación grave	Poca capacidad de juicio, dificultad para planear, inestabilidad e irresponsabilidad.
T 55 - 65	Elevación significativa	Personas con tendencia narcisista, con inmadurez y en situaciones sociales es ostentoso, exhibicionista y poco sensible.

T 45 – 55	Nivel medio	Persona confiable, sincera y responsable.
T <40	Puntuación baja	Personas rígidas, pero también personas pasivas y con poca confianza en sí mismas.

Escala 5 (Masculinidad – Femenidad Mf)

Es una escala que en general mide los intereses del género, de esta forma el sujeto se ubica dentro de un rol masculino o femenino.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
> 76	H Elevación	Ausencia de intereses típicamente masculinos.
T 65 - 75	H Elevación significativa	Tolerantes con otros puntos de vista.
T 51-64	H Nivel medio	Expresivos, demostrativos, con intereses estéticos.
T 50	H Puntuación baja	Conductas machistas
> 71	M Elevación	Rechazo tradicional del rol femenino
T 65-70	M Elevación significativa	Confiada en sí misma y competitiva.
T 60-74	M Nivel medio	Activa y arriesgada que expresa sus puntos de vista.
T < 60	H Puntuación baja	Intereses tradicionales.

Escala 6

Es una escala que se refiere a conductas psicóticas con ideas de referencia, delirios de persecución o grandeza y suspicacia,

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 80	Elevación grave	Conductas psicóticas y trastornos del pensamiento. Requieren abordaje psiquiátrico.
T 65 – 79	Elevación marcada	Personas que tienen reacciones excesivas a las de las demás, por ello pueden mostrarse cautelosos, resentidos o con constantes discusiones.

T 60 - 64	Nivel medio	Sensible a situaciones sociales, moralista y desconfianza en las demás personas.
T <59	Puntuación baja	Normalidad, ha desarrollado habilidades sociales, confiados y equilibrados.

Escala 7 (Psicastenia Pt)

Esta escala tiene la función de evaluar las preocupaciones de tipo obsesivas o conductas rituales y de esta forma identificar un posible debilitamiento del control mental.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 65	Elevación grave	Personas con agitación, preocupación, nerviosismo, dificultad de concentración y nerviosismo.
T 60 – 64	Elevación normal	Personas con conductas perfeccionistas, metódicas, eficientes.
T <59	Puntuación baja	Se presenta en personas confiadas, libre de inseguridades, persona relajada, tranquila y eficiente.

Esquizofrenia

Escala 8 (Esquizofrenia Es)

Esta escala busca identificar las conductas que se definen claramente psicóticas, por la existencia de delirios de persecución, ilusiones, alucinaciones, pensamiento delirante, alienación social, dificultades sexuales o relaciones familiares difíciles.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 80	Elevación grave	Muestra conducta desorganizada, desorientada con delirios de grandeza y pobreza en el juicio.
T 70-79	Elevación significativa	No se integra a su medio social, se manifiesta como incomprendido(a), además de ser rechazados con marcados sentimientos de inferioridad.

T 65-69	Elevación significativa	Llevan distante, indiferentes y no aceptan convencionalismos sociales, demasiada preocupación por sí mismo.
T 41-65	Nivel medio	Personas equilibradas y confiables.
T <40	Puntuación baja	Para referirse a personas conservadoras y probablemente sumisas.

Escala 9 (Hipomanía)

Es una escala que se centra en valorar la presencia de conductas de variación maniaca o hipomaniaca, que pueden ir de conductas agresivas o hiperactivas y pasar de forma inmediata al extremo de la desactivación de o aletargamiento de las reacciones.

PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 75	Elevación grave	Personas con mucha actividad además de que pueden presentar delirios de grandeza. Se presentan episodios de irritabilidad, inquietud y dificultad para regular impulsos.
T 65-75	Elevación significativa	Son considerados como enérgicos, con diversidad de intereses, pero también pueden presentarse manipuladores persuasivos, impulsivos.
T 45-69	Nivel medio	Se describen como convencionales, y reguladas en sus relaciones sociales.
T 35-45	Puntuación baja	Se describen como conservadores, autocontrolados y sumisos.
T <35	Muy bajo	Bajos niveles de actividad, letargo, indiferencia o apatía y presencia de fatiga crónica.

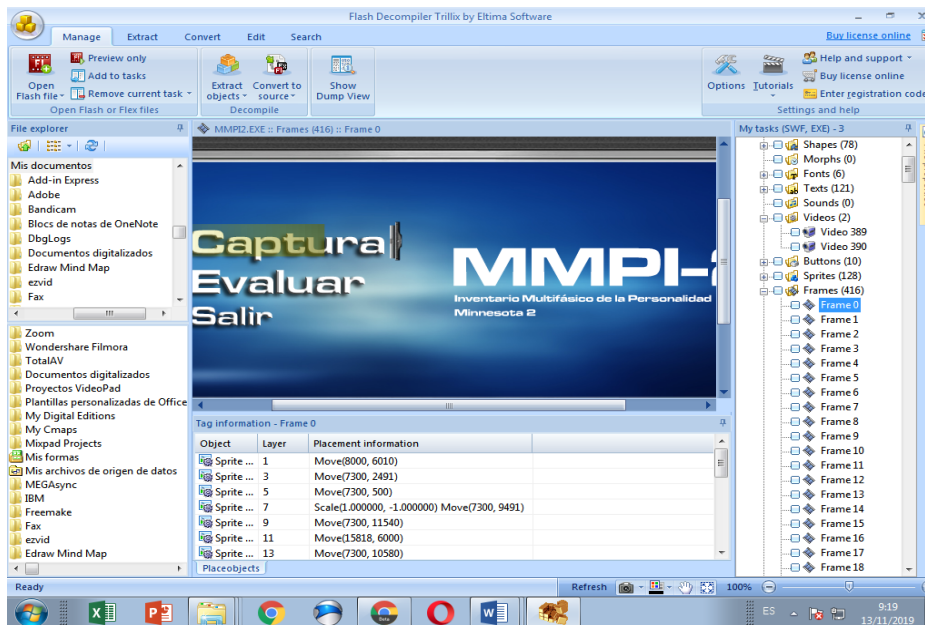
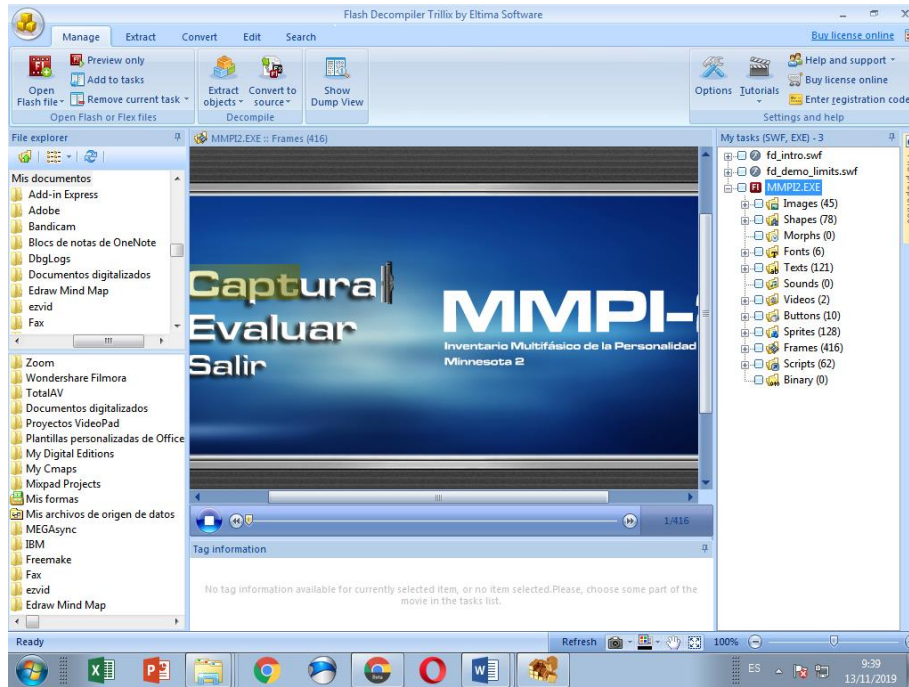
Escala 0 (Introversión social Is)

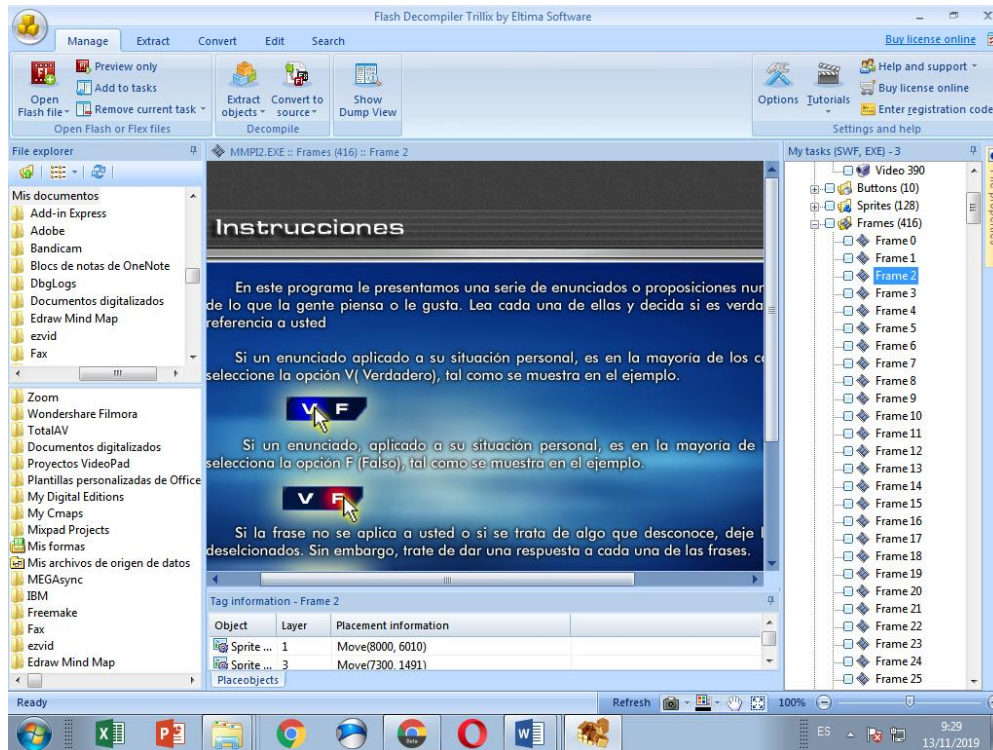
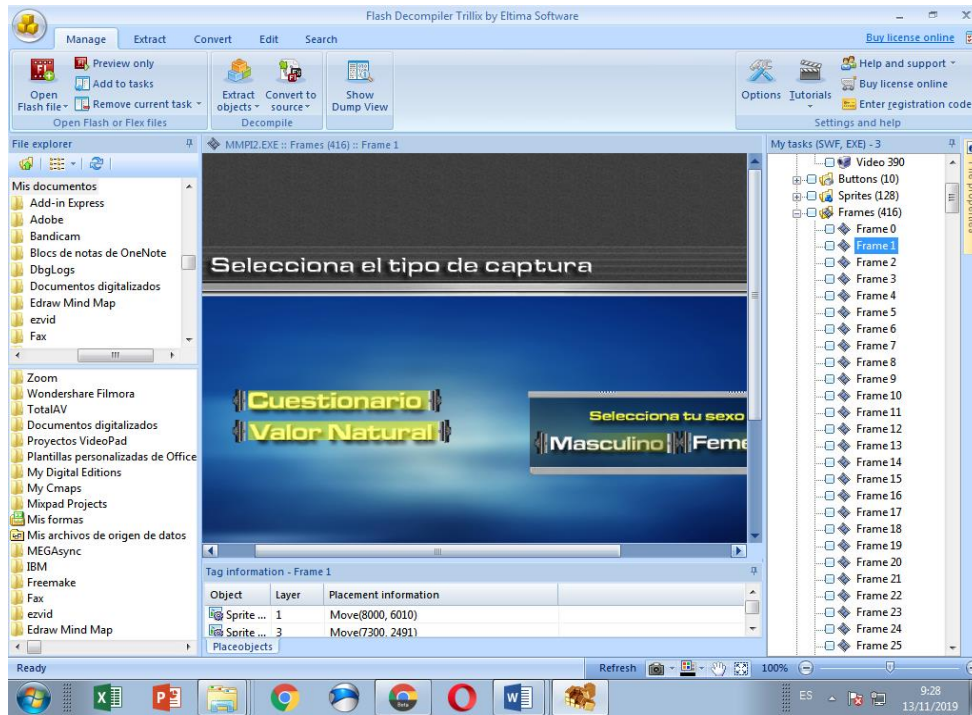
Con esta escala se valora la adecuación de las personas a situaciones sociales desde un punto de vista dicotómico se reconoce el grado de extroversión o introversión de una persona.

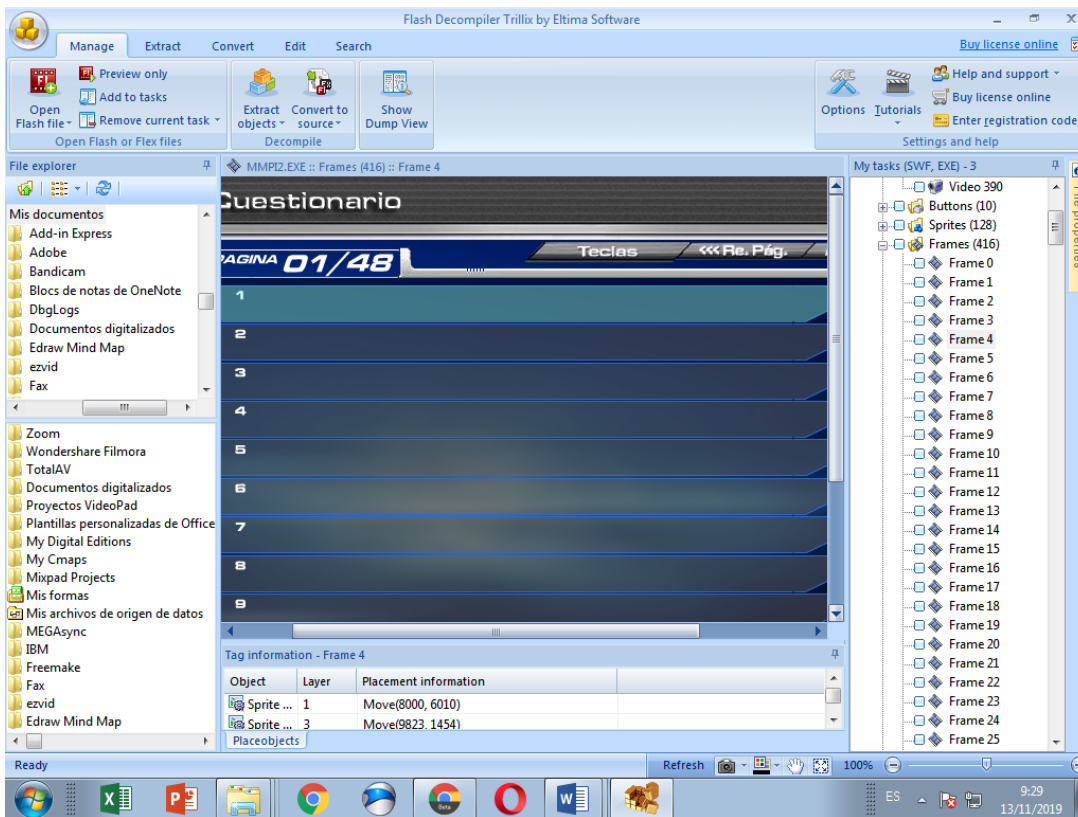
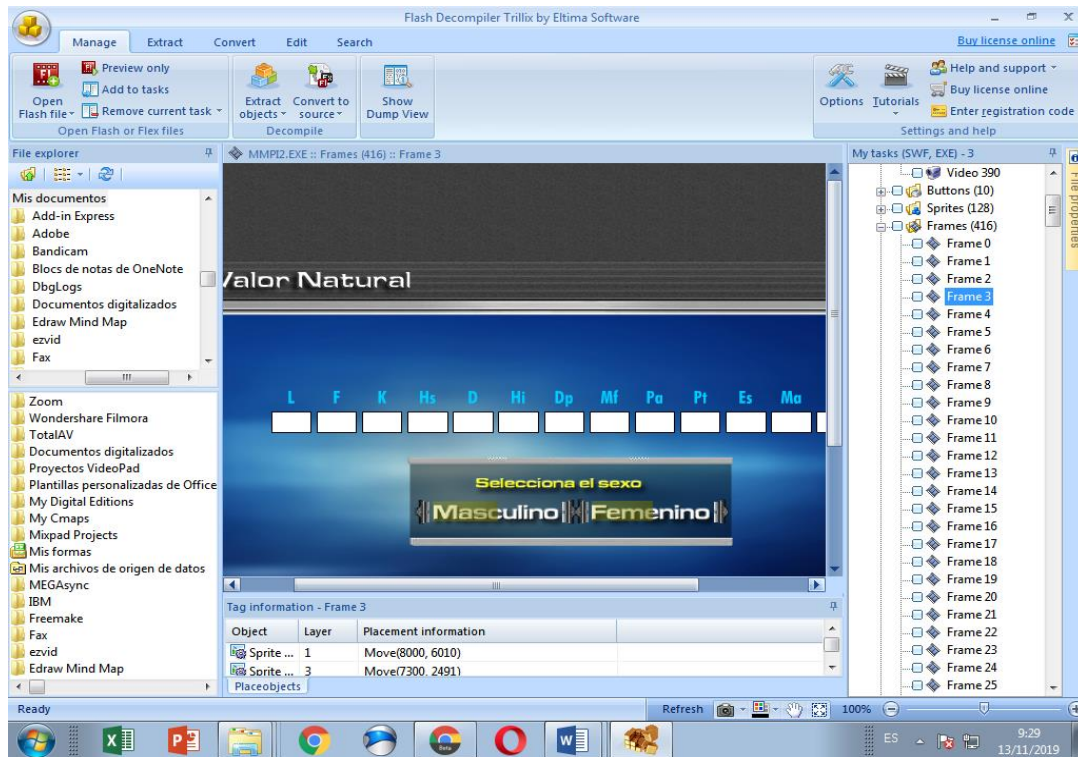
PUNTUACIONES T	UTILIDAD DEL PERFIL	HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS
T > 75	Elevación grave	Existe posibilidad de que confunda la realidad con sus fantasías.
T 60-65	Elevación significativa	Prefiere grupos pequeños, aislados de otros. Puede relacionarse con los demás, pero no quiere hacerlo.
T 35-49	Nivel medio	Muestra equilibrio entre introversión y extroversión.
T < 35	Puntuación baja	Sus relaciones interpersonales son superficiales, existe timidez y bajas habilidades sociales.

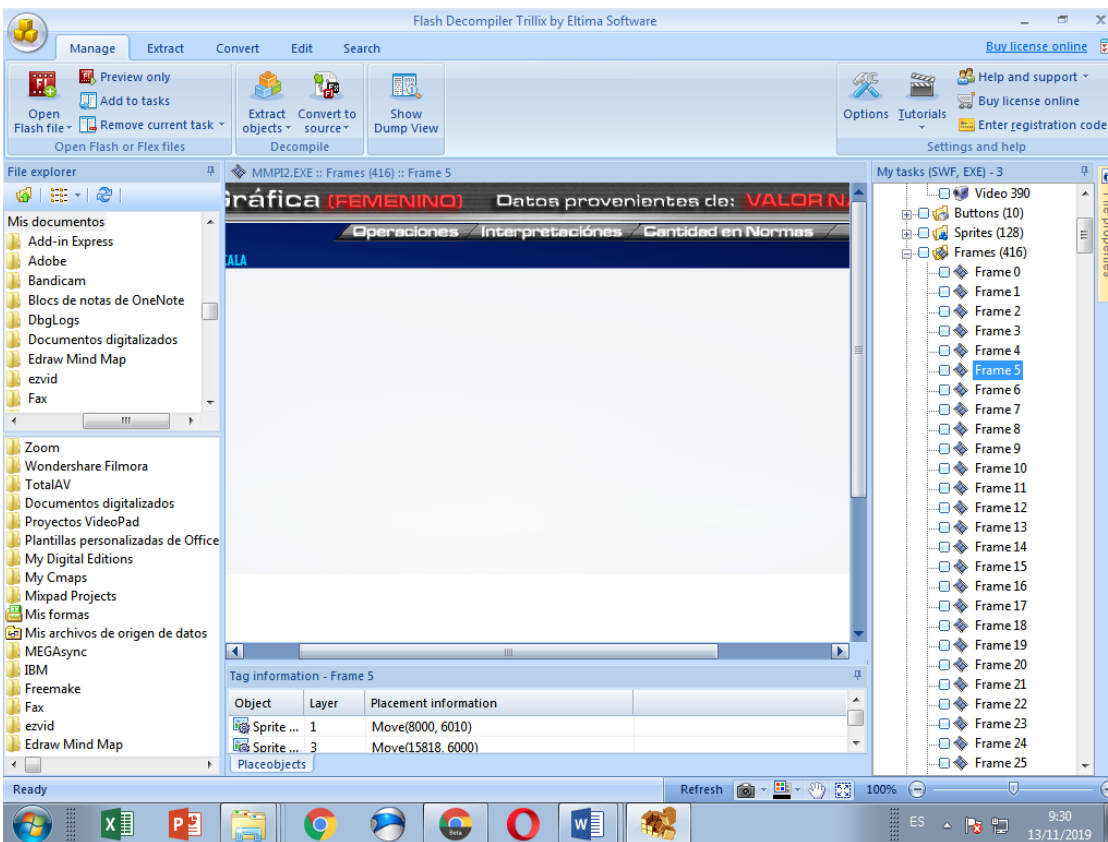
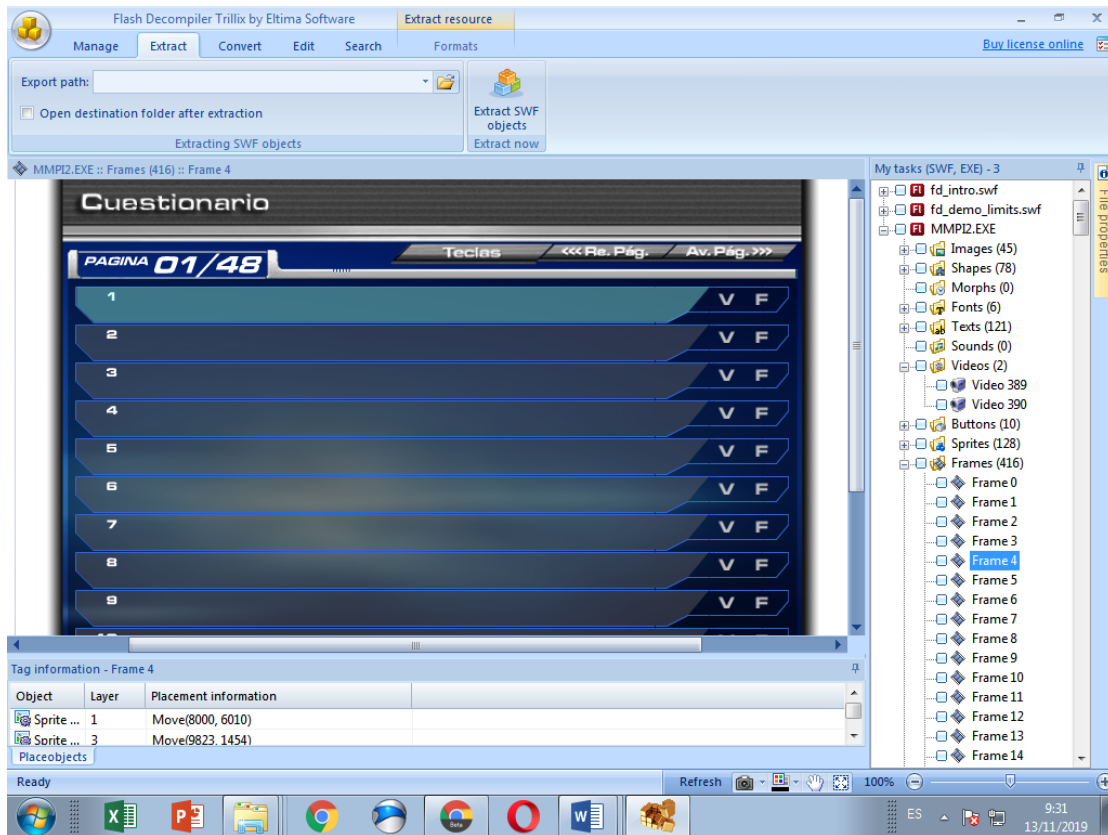
ANEXO II

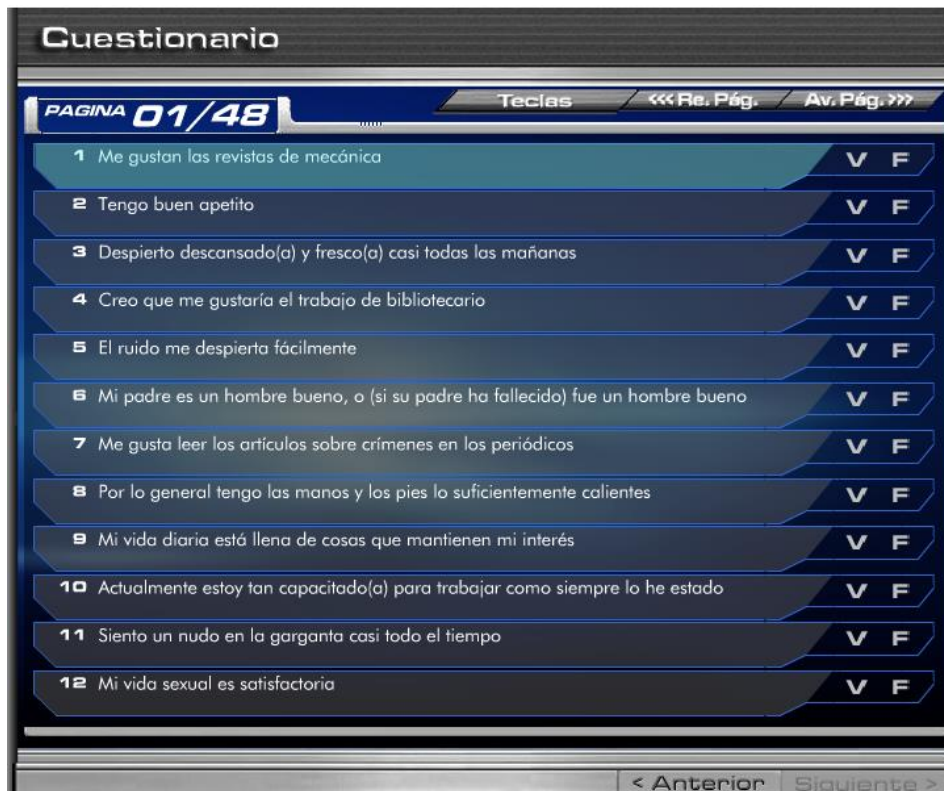
PROCESO DE EDICIÓN DE VERSIÓN ELECTRÓNICA MMPI









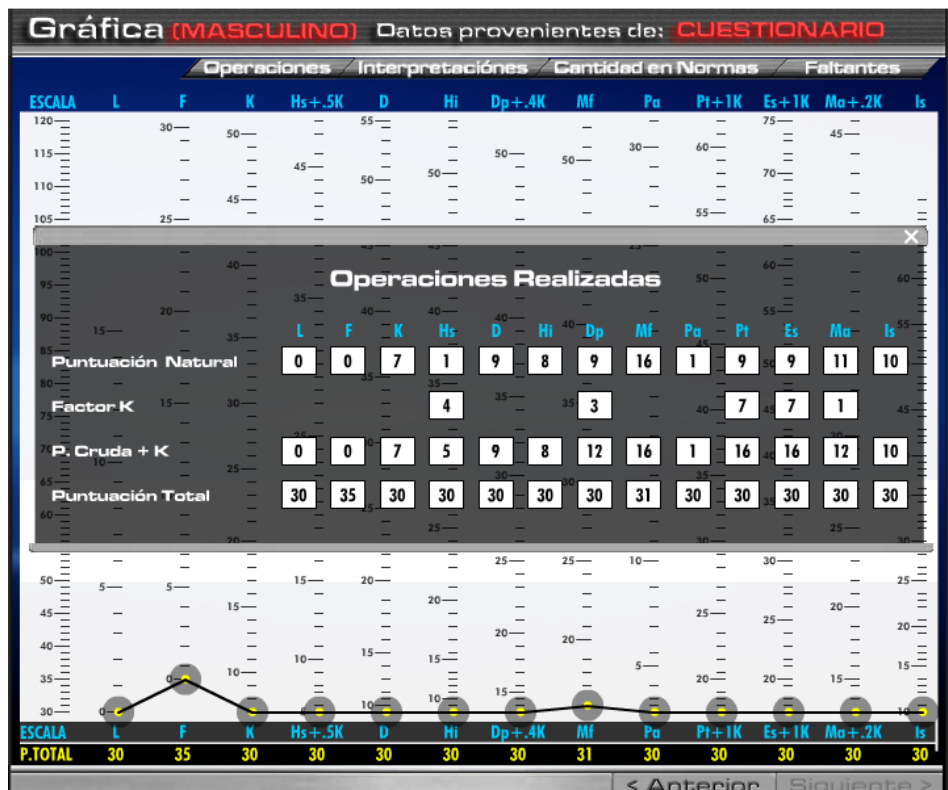


Questionario

PAGINA **01/48** Teclas <<< Re. Pág. Av. Pág. >>>

1 Me gustan las revistas de mecánica	V F
2 Tengo buen apetito	V F
3 Despierto descansado(a) y fresco(a) casi todas las mañanas	V F
4 Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario	V F
5 El ruido me despierta fácilmente	V F
6 Mi padre es un hombre bueno, o (si su padre ha fallecido) fue un hombre bueno	V F
7 Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos	V F
8 Por lo general tengo las manos y los pies lo suficientemente calientes	V F
9 Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés	V F
10 Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado	V F
11 Siento un nudo en la garganta casi todo el tiempo	V F
12 Mi vida sexual es satisfactoria	V F

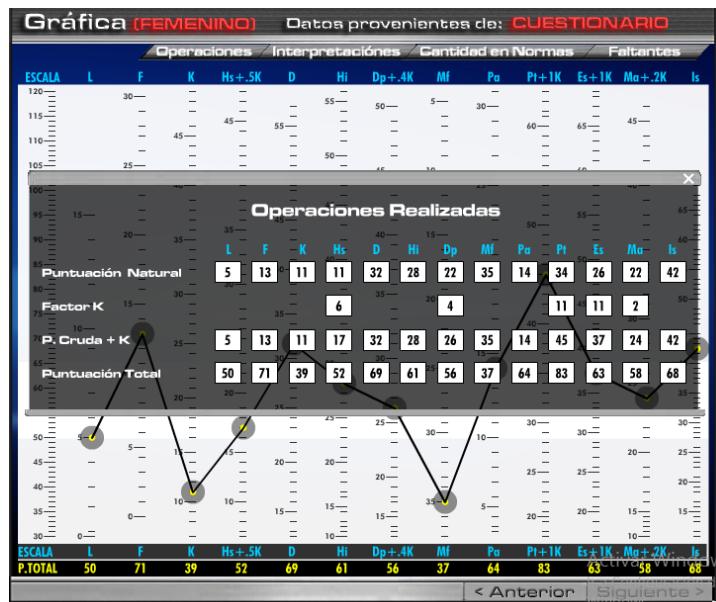
< Anterior Siguiente >

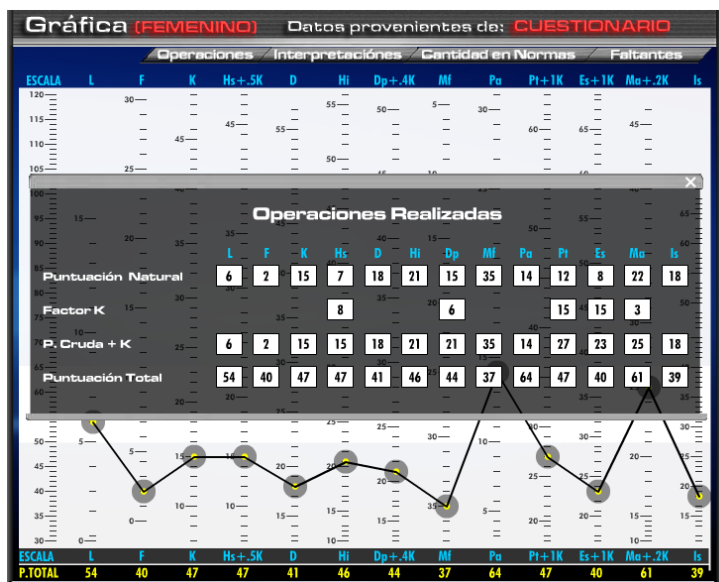
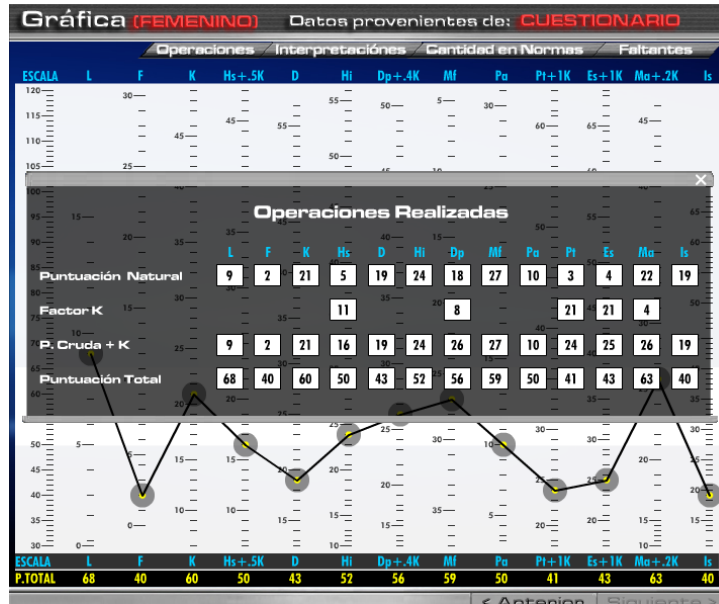


ANEXO III

MUESTRA DE RESULTADOS ELECTRÓNICOS







ANEXO IV

CAPTURA DE PANTALLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

