



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

**RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020**

Líneas de Investigación: Salud Mental

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

Huertas Cercado, jimmy Groveer

ASESOR

Dra. Marleni Sánchez Sánchez

JURADO

Dr. Delgado Rojas, Percy Alfonso

Mg. Barboza Cieza, Reanio

Mg. Cerna Iparraguirre, Fernando

LIMA - PERÚ

2020

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| I.INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 4 |
| 1.2 Antecedentes..... | 7 |
| 1.3. Objetivos..... | 9 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 9 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 9 |
| 1.4. Justificación..... | 11 |
| II. MARCO TEÓRICO | 13 |
| Bases teóricas sobre el tema de investigación..... | 13 |
| Abordaje del estudio de la personalidad | 13 |
| Teorías neopsicoanalíticas | 21 |
| Carl Jung | 21 |
| Alfred Adler | 27 |
| Henry Murray | 31 |
| Teoría basada en el ciclo vital..... | 33 |
| Erick Erikson | 33 |
| Teorías de los rasgos | 37 |
| Gordon Allport..... | 37 |
| Raymond Cattell | 40 |
| Hans Eysenck | 43 |
| Personalidad y la psicopatía | 46 |
| III. METODOLOGÍA | 49 |
| 3.1. Tipo de investigación..... | 49 |
| 3.2. Ámbito temporal y espacial..... | 49 |
| 3.3. Variables..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4. Población y muestra | 52 |
| 3.5. Instrumento: | 52 |
| 3.6. Procedimientos de recolección de datos | 53 |
| 3.7. Análisis de datos | 53 |
| IV. RESULTADOS | 55 |
| V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 77 |
| VI. CONCLUSIONES | 82 |
| VII. RECOMENDACIONES | 84 |
| VIII. REFERENCIAS..... | 85 |
| IX. ANEXOS..... | 90 |
| ANEXO N° 1 | 90 |
| ANEXO N° 2 | 91 |
| ANEXO N° 3 | 92 |
| ANEXO N° 4 | 93 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar los rasgos de la personalidad en los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en los profesionales médicos de un hospital nacional categoría III-1 del MINSA de Lima en marzo-2020 y se empleó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult.

Resultados: Se halló que las dimensiones de la personalidad en rango clínico más prevalentes fueron Hipocondría (81.58%), Desviación psicopática (28.95%) y Esquizofrenia (26.32%). Según la especialidad médica, se halló que la dimensión Hipocondría tuvo la mayor prevalencia en todas las especialidades siendo la más alta en Cirugía (88.89%) y la más baja en Pediatría (75%). La dimensión Desviación psicopática fue más prevalente en Pediatría (50%) y menos prevalente en Gineco-obstetricia (12.5%). En el caso de la dimensión Esquizofrenia la prevalencia más alta se dio en Pediatría (50%) y la más baja en Gineco-obstetricia (12.5%). Según el sexo, la dimensión en rango clínico más prevalente fue la Hipocondría (87% en mujeres y 78% en hombres), siendo que en el sexo masculino destacó además la Desviación psicopática (39%) y la Esquizofrenia (30%).

Conclusiones: El rasgo psicopatológico de la personalidad más prevalente en los profesionales médicos es la Hipocondría, Desviación psicopática y Esquizofrenia.

Palabras claves: Salud mental, personalidad, psicopatología, pacientes.

ABSTRACT

Objective: To determine the traits of personality in medical professionals at the Hipolito Unanue National Hospital 2020.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in medical professionals of a national category III-1 hospital of the MINSA in Lima in March 2020 and the Minnesota MMPI Multiphasic Personality Inventory Mini-Mult version was used.

Results: It was found that the most prevalent personality dimensions in the clinical range were Hypochondria (81.58%), Psychopathic deviation (28.95%) and Schizophrenia (26.32%). According to the medical specialty, it was found that the Hypochondria dimension had the highest prevalence in all specialties, being the highest in Surgery (88.89%) and the lowest in Pediatrics (75%). The Psychopathic Deviation dimension was more prevalent in Pediatrics (50%) and less prevalent in Gynecology and Obstetrics (12.5%). In the case of the Schizophrenia dimension, the highest prevalence was in Pediatrics (50%) and the lowest in Gynecology and Obstetrics (12.5%). According to sex, the most prevalent dimension in the clinical range was Hypochondria (87% in women and 78% in men), being that in the male sex Psychopathic deviation (39%) and Schizophrenia (30%) also stood out.

Conclusions: The most prevalent psychopathological traits of personality in medical professionals are Hypochondria, Psychopathic deviation and Schizophrenia.

Key words: Mental health, personality, psychopathology, patients.

I.INTRODUCCIÓN

Los profesionales médicos que realizan labor intrahospitalaria están sometidos a una intensa carga laboral, con amplias horas de trabajo, privación de horas de sueño y de descanso, situación que influye en la salud mental específicamente en los rasgos psicopatológicos de la personalidad lo cual inexorablemente tiene un impacto, ya no solo en la propia salud del médico, sino también tiene un gran impacto social lo que se convierte en un grave problema por la naturaleza de la figura del médico en la población y el manejo de la relación médico paciente.

En el presente trabajo se abordará la salud mental evaluando los rasgos psicopatológicos de la personalidad que prevalecen en los profesionales médicos que trabajan en un hospital nacional de Lima de nivel III del MINSA en marzo del año 2020 mediante el instrumento Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) versión abreviada Mini-Mult.

Por tal motivo nuestro objetivo será identificar el/los rasgos de la personalidad más prevalentes en los profesionales médicos en las diferentes dimensiones de la personalidad tales como Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía según el MMPI versión Mini-Mult.

Es importante destacar que los datos obtenidos en este trabajo fueron recabados días antes del estado de emergencia en Lima por la pandemia del covid-19 y los factores estresantes agregados en los profesionales médicos que esto supone.

Concluimos que es importante reconocer y describir la psicopatología en los profesionales médicos para poder hacer un abordaje temprano, adecuado y adaptado a las necesidades del médico, así como minimizar las brechas al acceso es una oportuna salud mental en los profesionales médicos.

1.1. Descripción y formulación del problema

Los profesionales médicos, así como el resto de la población, padecen enfermedades que deben ser prevenidas, diagnosticadas y tratadas. Y aunque sus conocimientos sobre las patologías puedan proveerles de herramientas que faciliten cierta prevención, en algunos casos están sometidos a un riesgo similar o incluso superior al resto de la población. Estas enfermedades pueden ser de índole física y psíquica, siendo particularmente importante en los profesionales médicos por las repercusiones sobre la vida tanto personal como laboral, extendiéndose las posibles consecuencias del problema a toda la población por el importante papel que ejercen los médicos en la sociedad

Como en todo individuo, los cimientos del bienestar personal y profesional del médico se construyen precozmente. Si bien la estructura fundamental se forja en la vida temprana del médico -su adolescencia cuando inicia su carrera profesional-, ésta continúa formándose durante toda su vida académica en las escuelas de medicina las que deberían de proveer, además de conocimientos académicos y habilidades, también la conducta con profesionalismo, la empatía, el altruismo, la compasión, la calidez, pero estas cualidades se forjan si existe una adecuada salud mental (Dunn,2008).

Sabemos que en casi toda enfermedad psiquiátrica la interacción entre el ambiente y las características personales propias llevan a la manifestación de patología mental y los médicos no son ajenos a esta. Así, los trastornos psíquicos en los médicos no pueden atribuirse simplemente a estresores ocupacionales; sin embargo, los factores de riesgo laboral predicen trastornos en individuos vulnerables.

Los médicos pues, durante su formación, están sometidos a factores estresores inherentes a su profesión como una alta exigencia académica y un entorno altamente competitivo, pero también factores modificables como figuras de autoridad, maltrato y abuso al estudiante de medicina (Maida,2006; Sigerist, 1996; Frank, 2006), Estos elementos pueden llegar a producir efectos adversos en la salud mental.

En múltiples estudios se observa que al inicio de la carrera médica la carga de morbilidad psiquiátrica es comparable con la de los estudiantes de cualquier otra carrera pero, con el pasar de los años en su preparación, se afecta la salud mental de los estudiantes de medicina: se incrementan las tasas de depresión y trastornos de ansiedad, aumenta el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se presentan cuadros de bulimia y aumenta netamente la ideación suicida, bastante por encima de las cohortes de otras escuelas universitarias (Frank,2006; Baldassin, 2008).

Durante la práctica de la medicina en centros de salud e intrahospitalaria los factores estresantes continúan acompañando la vida de todo médico con la respectiva repercusión en su salud mental pudiendo expresarse trastornos psicopatológicos. En Perú, un estudio en médicos “serumnistas” indica como las condiciones poco favorables del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) incrementan el riesgo de padecer enfermedades mentales como depresión y uso problemático de alcohol (Galán-Rodas, 2011).

Durante la formación en una especialidad médica, la cual se da en un entorno intrahospitalario, los médicos residentes no escapan a esta problemática. En un estudio en médicos residentes se encontró una prevalencia aumentada de trastornos

psiquiátricos como depresión, ideaciones suicidas, suicidios y síndrome de Burnout. (Alvarado, 2019).

Por otro lado, se sabe que los profesionales médicos tienen la tasa de suicidios más alta que en cualquier profesión y que hasta 40 médicos por cada 100 000 mueren por suicidio cada año, más del doble de la tasa de la población general. En los Estados Unidos, se estima que un médico muere por suicidio todos los días y las doctoras son particularmente vulnerables (T'Sarumi, 2018).

En cuanto a los métodos de defensa o búsqueda de ayuda por parte de los médicos ante esta situación que atenta su salud mental nos encontramos con obstáculos o barreras como el tiempo necesario para el tratamiento, el estigma y el miedo a las consecuencias profesionales (Bruce, 2003).

Además de estos factores está el problema añadido de que la búsqueda efectiva de ayuda resulta más compleja y dificultosa respecto a la población general ya que se superpone al estigma propio de la patología mental, la polaridad de la autoimagen profesional, contraponiéndose la identidad médica al rol de paciente. (Henderson, 2012), todo esto limita el acceso tanto del médico como del estudiante a la atención clínica, a utilizar las medidas preventivas y de promoción de la salud mental (Santa María, 2013).

En nuestro país, todo parece indicar que las condiciones altamente estresantes en el desempeño de la profesión médica intrahospitalaria no solo no van a ceder, sino que aumentará en los próximos años debido al fenómeno demográfico de inmigración extranjera en el Perú. La reciente universalización del acceso a la salud donde cuatro millones de peruanos que no cuentan con un seguro médico ahora sí lo tendrán según el Decreto de Urgencia N° 017-2019, el cual establece las medidas para la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) a toda persona residente en el

territorio nacional que no tenga ningún tipo de cobertura. Todo ello complica aún más las condiciones estresantes en la labor médica intrahospitalaria y como hemos visto aumenta el riesgo de trastornos de personalidad en la profesión médica.

Planteamiento de problema

¿Cuáles son los rasgos de personalidad en los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020?

1.2 Antecedentes

El estudio de los rasgos de la personalidad prevalentes en la profesión médica es escaso, sin embargo, existen algunos estudios que lo adoptan y otros que se aproximan.

Waring (1974) realiza una revisión bibliográfica sobre las enfermedades psiquiátricas y los problemas comportamentales presentes en médicos encontrando estudios que sugerían una mayor tasa de alcoholismo, abuso de drogas y problemas de pareja, una mayor tasa de suicidio y de ingresos hospitalarios. Murray (1974) encuentra datos coincidentes.

En el año 2013, se publicó un trabajo con datos obtenidos de un estudio realizado sobre los médicos de familia que trabajaban en los centros de salud de las capitales andaluzas, con una muestra final de 254 médicas y 246 médicos, utilizando un cuestionario de salud. Comparando con la población general, los profesionales del estudio presentaban peor salud psíquica que los hombres y las mujeres de población española, aunque la diferencia fue mayor en el caso de las mujeres. (Delgado, 2013).

En el año 2011, en Perú, un estudio aborda la línea base de investigación sobre los niveles de depresión y uso problemático de alcohol en aquellos médicos que realizarán el SERUMS durante el periodo 2011-2012. Se aplicó como herramientas

de tamizaje la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para depresión y el Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, a 493 médicos. Se encontró que el 26% de las mujeres y el 14,5% de los varones puntuaron en el rango de depresión; el 22% de mujeres y 26% de varones lo hicieron para uso problemático de alcohol y el 39% puntuó para cualquiera de ambas entidades. (Galán-Rodas, 2011).

En el año 2015, un estudio explora la influencia de la personalidad y los factores sociodemográficos, en la salud mental y la ideación suicida en médicos residentes encuentran que el perfil de personalidad para la muestra total fue de bajo neuroticismo y alta diligencia; en el análisis de Clusters las especialidades que presentaron mayores porcentajes en el perfil de personalidad en riesgo (19.6%) fueron: urología (38.9%), psiquiatría (34.1%), medicina legal (27.8%), medicina familiar (27.4%), medicina crítica (25.9%) y anestesiología (25.0%). El 20.2% presentó una puntuación \geq T65 en al menos una escala del SCL-90-R; los residentes de cirugía oncológica presentaron la media más alta del Índice Global de Severidad (IGS), seguido de psiquiatría y anestesiología. Sólo un 8.0% fueron casos positivos en las preguntas de ideación suicida. De los 78 casos de psicopatología, el 50.1% pertenece al Cluster de perfil en riesgo de psicopatología. (Vargas, Moheño, Cortés, 2015).

En el sector de la profesión médica se realizó un estudio en Inglaterra donde se evaluaron los rasgos de personalidad de 172 médicos de 3 hospitales docentes locales y 3 hospitales generales de distrito. Este estudio mostró que los médicos en los hospitales universitarios (mayor complejidad, mayor estrés) obtienen una puntuación más alta en una escala de personalidad psicopática que los médicos de hospital general de distrito, los que a su vez obtienen una puntuación más alta que

la población general. Se concluye además que la prevalencia de la “inmunidad al estrés” se destaca como el rasgo de personalidad primordial en los consultores médicos que puede facilitar mejor la atención al paciente. (Pegrum y Pearce, 2015).

Si bien existe poca literatura sobre la prevalencia de las personalidades psicopáticas en el sector de la profesión médica en el Perú, se realizó un estudio que censó la prevalencia de personalidad disocial en estudiantes de medicina de la UNMSM. Se encontró que, de 175 estudiantes, 33 resultaron positivos a indicadores de conducta disocial (19%) durante una primera evaluación; de este grupo, 30 se presentaron a una segunda evaluación diagnóstica, de los cuales cinco superaron el punto de corte para personalidad disocial, y 11 obtuvieron puntaje de sospecha de tal desarrollo. Cifras que superan a la prevalencia de conducta disocial en la población general. (Perales, 2018).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el/los rasgos de personalidad en los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020, según el MMPI versión Mini-Mult.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la escala Hipocondría con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar la prevalencia de la escala de Depresión con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.

- Determinar la prevalencia de la escala de Histeria con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar la prevalencia de la escala Desviación Psicopática con rango clínico según el MMPI versión “Mini Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar la prevalencia de la escala de Paranoide con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Encontrar la prevalencia en la escala de Psicastenia con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar la prevalencia de la escala de Esquizofrenia con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar el nivel predominante en la escala de Manía con rango clínico según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Determinar el rasgo de personalidad más prevalente de acuerdo al sexo según el MMPI versión “Mini-Mult” de los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- Encontrar el rasgo de personalidad de acuerdo a la especialidad médica según el MMPI versión Mini-Mult de los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.

1.4. Justificación

El alcance de los resultados de este estudio es importante porque brinda información sobre la salud mental de los profesionales médicos, quienes son justamente aquellos que están llamados a cuidar la salud de todos los ciudadanos por lo que el impacto social es mayor. Son múltiples los estudios que nos muestran la relación de la afectación de la salud mental de los profesionales médicos incluso desde el inicio de su formación profesional tanto en las escuelas de medicina, el internado médico, el Servicio Rural urbano marginal de Salud (SERUMS) como también durante la especialidad médica cada una con sus particulares factores de riesgo estresantes. Estos estudios señalan trastornos adaptativos, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, adicciones, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos.

El abordaje de la salud mental en el profesional médico es aún un tabú en nuestro medio, por el estigma social en general y dentro del entorno médico además del problema de autoimagen que involucra la inversión de roles de médico a paciente. Es curioso observar cómo existen múltiples estudios en nuestro país donde se aborda la salud mental en estudiantes de medicina en su vida universitaria, en el internado médico intrahospitalario, en médicos “serumnistas”, y hasta en médicos residentes, pero es escasa la investigación sobre la salud mental en los profesionales médicos asistentes y especialistas con varios años de servicio en la labor intrahospitalaria.

Sin embargo, el estudio de la salud mental en los profesionales médicos es un tema cada vez más importante en el mundo y las investigaciones así lo señalan e incluso ya existen programas de atención de la salud mental y trastornos psiquiátricos específicamente diseñados para la atención sanitaria en profesionales

médicos. En España, por ejemplo, existe el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) el cual facilita la superación de las barreras que impiden al médico verse como paciente y le facilita el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas. Hay experiencias similares de otros países, especialmente en Estados Unidos, Canadá y Australia. En Latinoamérica, desde abril del 2019 los médicos de Uruguay cuentan con un Programa de Bienestar Profesional (BIENPRO) impulsado por el Colegio Médico de Uruguay e inspirado en el PAIME.

El presente estudio es útil en tanto se propone una exploración de la salud mental de profesionales médicos obtenidas con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) versión “Mini-Mult”, el cual evalúa rasgos de la personalidad y psicopatología.

Los resultados de este estudio son de suma utilidad pues nos permite obtener una mirada global de la salud mental en los profesionales médicos de nuestro país, así como, determinar qué dimensiones psíquicas o psicopatológicas son más prevalentes y sus factores asociados. Puede servir de línea de base para futuras investigaciones en este campo poco explorado en el Perú y, en el futuro, encaminar medidas de acción a través de la creación de programas que aborden la salud mental de médicos peruanos, tal como sucede en otros países, cuyo impacto no solo alcanza a la población médica; sino que, con ellos, a toda la ciudadanía por el impacto en la sociedad propio de la labor médica.

II. MARCO TEÓRICO

Bases teóricas sobre el tema de investigación

Abordaje del estudio de la personalidad

Todos tenemos una idea más o menos formada de lo que es la personalidad, más aún sabemos que todo el mundo tiene una personalidad. Sabemos que es tan importante que todo aquello logrado hasta ahora, las posibilidades de éxito en el futuro y, en general, hasta la propia salud son influidos por la personalidad. Todos conocemos a alguien con una personalidad “maravillosa” es una persona que le cae muy bien al grupo, es agradable estar a su lado, cualquier persona la escogería para formar equipos de trabajo y es recomendada con facilidad. Por el contrario, todos conocemos también a alguien con una personalidad “oscura” son personas que no caen bien al grupo, no es fácil llevarse bien con ellas, tienden a tener respuestas hostiles en la interacción social, pueden mostrar agresividad y difícilmente serian escogidas en un equipo de trabajo como primera opción. Pero mientras nosotros damos opiniones sobre la personalidad de los demás, los demás emiten opiniones sobre la personalidad de cada uno de nosotros. Es con estos conceptos percibidos que se realizan todas las interacciones sociales y moldean la vida de las personas, hasta los lugares o eventos que frecuentamos para interactuar estarán influenciados desde luego por nuestra personalidad.

El estudio de la personalidad es entonces de alta importancia y podríamos suponer que desde siempre tuvo un lugar importante en el estudio de la psiquiatría y la psicología; sin embargo, no fue abordado desde que la psicología surge como ciencia lo cual ocurrió por las investigaciones de Wilhelm Wundt cuando establece el primer laboratorio experimental en Leipzig, Alemania en 1879. Tanto Wundt como otros estudiosos de su época recibieron influencia del enfoque y los métodos del estudio de las ciencias naturales y lo aplicaron al estudio de la mente. Claro está

que la mente y la personalidad, siendo de naturaleza multidimensional, no podía ser estudiado de esta forma por ello solo tomaron tópicos que pudiesen ser observados, medidos y controlados en la experimentación. En los inicios del siglo XX el psicólogo John B. Watson con su movimiento conocido como el conductismo fue contra las ideas de Wundt (que exploraba la conciencia) pues mencionaba que el ser humano debería ser estudiado solo en sus aspectos tangibles, la conducta observable para que la psicología tenga una real dimensión de ciencia, una verdadera ciencia. Según el conductismo no puede observarse, ni medirse lo que pasa dentro de una persona después de darle un estímulo y después de que emita una respuesta por lo que cualquier conclusión sería subjetiva y llena de suposiciones. La personalidad sería estudiada por el conductismo tan solo en sus aspectos observables y medibles por las respuestas emitidas ante los estímulos sin dar lugar a la conciencia y, mucho menos, al inconsciente, esta teoría sería compartida con B.F. Skinner.

Abordaje del inconsciente

Fue estudiado por Sigmund Freud un médico neurólogo de origen austriaco que fundó el Psicoanálisis. Si bien como médico evidentemente tuvo formación científica, Freud utilizaría para las investigaciones con sus pacientes la observación clínica. Mediante largas sesiones psicoanalíticas Freud postuló una original teoría que interpretaba los pensamientos, sentimientos y percepciones reales o imaginarias, muy distinto de las parametradas investigaciones que se hacían en un laboratorio, Freud así rompe con la visión vigente de la psicología experimental.

El concepto de la personalidad

Según Adams (1954) nos aproximamos mucho al concepto de personalidad cuando coloquialmente usamos el pronombre personal “yo” pues lo usamos en sentido lato: nuestros miedos, preferencias, talentos, virtudes, debilidades y fortalezas. Si hacemos una revisión etimológica de la palabra personalidad advertiremos que proviene del latín “persona” que hace referencia a la máscara de los actores en sus obras de teatro, así este término pasó a indicar la información o característica externa que puede ser observada por el público, es lo que el público puede ver, la impresión que le da a los demás. Es así como nos definimos de forma individual, como un individuo que se diferencia de los demás. Sin embargo, el término personalidad no solo se refiere a lo que los demás perciben de nosotros o solo a la impresión que le causamos a los demás, hay una cantidad de características que van más allá del aspecto físico que incluye atributos subjetivos tanto sociales o emocionales y que tal vez quieran ser ocultadas, además son características duraderas, estables y predecibles. Veremos ahora las principales teorías para explicar la personalidad.

Teoría psicoanalítica

A finales del siglo XIX el psicoanálisis de S. Freud daría el inicio al estudio formal de la personalidad cuya influencia continuaría hasta nuestros días. Freud con su teoría psicoanalítica se convierte así en el individuo que más afectó la concepción de la personalidad en la psiquiatría y la psicología y más aún, influyó en nuestra óptica sobre la naturaleza humana. En general, Freud en un inicio realizó su teoría desde su propio pasado, sus propias experiencias, por intuición. Luego con un enfoque más racional y empírico las hizo gracias a sus experiencias con sus pacientes pues era médico neurólogo cuya práctica clínica iniciaría en 1881 y para

1896 Freud concebía ya completamente la idea que el inicio de todas las neurosis eran los conflictos sexuales. Freud mencionó que gran parte de sus pacientes mujeres decía haber vivido experiencias traumáticas desde su niñez, que eran como una seducción y era protagonizada por un pariente mayor, con frecuencia el padre. Posteriormente Freud sostuvo que esos tempranos traumas sexuales eran la causa de la conducta neurótica en la edad adulta. Sin embargo, después de un año de publicar su teoría se retractó y mencionó que en muchos casos esas experiencias de abusos sexuales de sus pacientes no ocurrieron en realidad y que correspondían a fantasías pero que eran muy reales para ellas. En 1988 Freud escribiría que las causas las inmediatas e importantes de los males neuróticos eran factores que surgen en la vida sexual. (Breger, 2000, p. 117).

Los instintos

En la concepción freudiana los instintos son las fuerzas básicas que forjan la personalidad, motivan y dan impulso a la conducta humana. El instinto es visto como una forma de energía, un estado de excitación o energía fisiológica que se manifiesta como un estado de necesidad fisiológica que la mente humana transforma en deseos. Así una persona sedienta se conducirá para satisfacer sus deseos y acudirá a la búsqueda de agua o líquidos. En suma, el instinto o pulsión es un estado de necesidad orgánica transformado en un estado mental.

Cuando en un determinado momento el cuerpo se advierte en un estado de necesidad, surge una tensión o presión y el instinto tiene la finalidad de satisfacer esta necesidad para aminorar la tensión y así poder establecerse en un estado de equilibrio o de balance fisiológico. Esta tensión no se puede eludir por lo que nuestra conducta se dirige a satisfacerla. Así, por ejemplo, una conducta heterosexual, homosexual o de autosatisfacción está dirigida a la satisfacción del

instinto sexual. Toda esta “energía psíquica” puede ser desplazada a objetos sustitutos lo cual era muy importante para definir la personalidad de un individuo. Al ser estos objetos sustitutos de gran diversidad, las conductas humanas motivados por ellas pueden ser también muy diversas. Freud decía que todas las actitudes, preferencias e intereses eran justamente desplazamiento de la energía que provienen de los objetos originales que satisfacían necesidad de los instintos.

Tipos de instinto:

Según la concepción psicoanalítica de Freud existen dos tipos de instintos: los instintos de vida y los instintos de muerte.

El instinto de vida es el impulso por la supervivencia y la preservación de la especie por medio de la satisfacción de necesidades esenciales como el hambre, sed, aire y sexo. La energía psíquica que se expresa es la lívido que impulsa a las personas a conductas y pensamientos placenteros. El instinto de vida que, según Freud, es el más importante para la personalidad es el sexo. El instinto del sexo tiene en esta teoría un concepto más extendido que no solo abarca lo erótico, sino que incluye casi todas las conductas y pensamientos placenteros; por un lado, se considera una importancia corporal más global -no solo genital- y la reproducción; y, por otro lado, considera que el instinto sexual incluye todos los otros aspectos considerados como “amigables y afectuosas” los cuales son referidos comúnmente con la palabra “amor” (Freud, 1925, p. 38).

En gran medida la teoría de la personalidad de Freud está inmersa en la imperiosidad de suprimir o inhibir los impulsos sexuales.

Los instintos de muerte o también llamados destructivos, en este caso Freud realizó su postulado mediante la observación de la biología humana, en la que el organismo se deteriora e inexorablemente se llega a la muerte. Freud mencionaba

que de forma inconsciente tenemos un deseo de morir lo que nos impulsa a conductas agresivas, de conquistar o de matar.

Los niveles de la personalidad

Freud dividió los niveles de la personalidad en tres categorías a saber: el consciente, el inconsciente y el preconscious. El **consciente** corresponde a todas aquellas sensaciones y experiencias de las cuales tenemos consciencia en un momento determinado. Por ejemplo, mientras escuchamos música estamos conscientes de que sentimos el contacto si tenemos los audífonos puestos, mientras vemos un videoclip de la canción y escuchamos el sonido de una llamada al celular.

Algo importante de la concepción de Freud es que él pensaba que el consciente era una parte limitada de la personalidad porque en un determinado momento solo estamos conscientes de una muy pequeña parte de nuestras sensaciones, recuerdos y pensamientos. Como un “iceberg” donde el consciente es solo la parte que emerge sobre el agua y el inconsciente es la parte bajo la superficie que es mucho más grande e importante y es allí donde se encuentran nuestros instintos y deseos que determinan nuestro comportamiento. Finalmente, el preconscious está ubicado entre los dos niveles anteriores y corresponde a todos aquellos pensamientos, percepciones y recuerdos que no estamos conscientes en un momento determinado pero que podemos traerlos al consciente con cierta facilidad.

Estructuración de la personalidad

Posteriormente a sus postulados sobre los niveles de la personalidad, Freud agregó a su teoría las estructuras de ésta: el yo (ego), el ello (id) y el super yo (super ego). El ello corresponde, en gran medida al inconsciente, donde se ubican los instintos y de la libido; y está en alta relación con la satisfacción de las necesidades del organismo. Como ya mencionamos anteriormente, estas

necesidades del cuerpo cuando no son satisfechas producen un estado de tensión y por tanto se produce una conducta dirigida a la satisfacción de esa necesidad, el Ello actúa para disminuir esta tensión y aumentar el placer y así evitar el dolor. Es decir, el Ello trabaja con el principio del placer. El ello solo admite la satisfacción inmediata de sus necesidades, estas no deben ser postergadas ni pospuestas, sin reflexión de las necesidades de los demás, no hay conciencia de la realidad, es pues egoísta, primitiva, ansiosa de placer, amoral e impaciente. La única forma en el que el ello satisface sus necesidades es mediante una acción refleja y la elaboración de fantasías muy vívidas, Freud llamó a esto “proceso primario de pensamiento”.

El Yo opera bajo el principio de la realidad, podríamos decir que es la razón o el raciocinio. Ante los deseos imperiosos del ello y su líbido que demanda la satisfacción inmediata de sus necesidades, el Yo trata de encausar, controlar y posponer esos impulsos para un mejor momento, o manipula la realidad para que esta necesidad del ello pueda ser satisfecha de la mejor manera. Es decir, el yo no evita o restringe la satisfacción de las necesidades del ello, sino que los encausa y ayuda a su satisfacción decidiendo dónde, cómo y cuándo hacerlo; así como, elegir los objetos adecuados o aceptados por la realidad para concretar su satisfacción.

El superyó (superego) es lo que coloquialmente llamaríamos la conciencia o la moral interna, es un conjunto de ideas sobre el bien y el mal que, generalmente, hacia los cinco o seis años de edad los niños ya han internalizado en su personalidad, esto es porque gracias a los castigos, premios y ejemplos de los padres los niños aprenden prontamente un conjunto de reglas, las conductas que son aceptadas o rechazadas por sus padres, las que les ameritan un castigo formarán su conciencia. Posteriormente, los niños interiorizan estas reglas para sí mismos y así el autocontrol sustituye, con el tiempo, el control de los padres y los individuos

pasan a comportarse, al menos en cierta medida, conforme a las normas morales socialmente aceptadas que son inconscientes. Pero el superyó se caracteriza por ser muy severo y estricto en su búsqueda de la perfección moral inhibe, rechaza e impide por completo toda posibilidad de satisfacción de los impulsos del ello.

Freud entonces concibió al yo como una estructura de la personalidad que estaba siempre asfixiada por estas tres fuerzas. El ello, la realidad y el superyó. El ello presionando fuertemente para la satisfacción de sus impulsos, la realidad con su conjunto de normas aceptadas y el superyó que se afana por la perfección moral de todas las conductas. Cuando el yo, presionado por estas tres fuerzas, no puede manejar esta gran pugna surge inexorablemente la ansiedad.

La ansiedad

En términos generales lo concebimos como algo semejante al miedo. Freud lo concibió como un miedo sin objeto, ya que las personas suelen no poder identificar el objeto causante de su miedo; además, la consideró responsable de muchas psicosis y neurosis.

Freud mencionó que la primera experiencia de ansiedad que vive el ser humano es el trauma de nacimiento pues el neonato al pasar de manera abrupta de su cómoda y cálida estancia intrauterina donde todas sus necesidades son satisfechas pasa de un momento a otro a la vida extrauterina, a un nuevo mundo absolutamente desconocido donde es sometido a toda clase de nuevos estímulos y donde sus necesidades no siempre serán satisfechas los instintos del ello. Esto lo lleva a reacciones motoras generalizadas, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, se crea entonces un patrón de sentimientos y miedo que estarán presentes en el futuro ante una amenaza.

Teoría de relaciones objetables

Freud entendía como objeto a cualquier persona o actividad que pueda satisfacer un instinto de una persona, También mencionaba que el objeto primario del infante es el seno de la madre y, posteriormente, lo es la madre completa como ser humano. Más adelante otras personas, aparte de la madre, se convertirían en objetos en la medida que éstos puedan satisfacer sus instintos.

Teorías neopsicoanalíticas

Existieron muchas personalidades que aportaron con sus teorías de la personalidad, algunos de ellos fueron seguidores de Freud, pero posteriormente tuvieron diferencias en ciertas posturas freudianas prístinas y realizaron sus propias teorías y fundamentos, es el caso de Carl Jung y Alfred Adler. Posteriormente aparecen Keren Horney, Henry Murray y Erick Erikson. Fueron teóricos neopsicoanalíticos que, en general, se diferenciaron del psicoanálisis freudiano por tener una visión más optimista del ser humano, se abandona el peso de los instintos como determinantes en la conducta del ser humano y también la óptica determinista de la personalidad.

Carl Jung

De una forma semejante a Freud, Jung comenzó a desarrollar su teoría de forma intuitiva a partir de sus propias experiencias y de sus sueños para posteriormente hacerlos más racionales y en base a las experiencias que le aportaban sus pacientes.

A diferencia de Freud, Jung pensaba que la libido no era una energía sexual primordialmente, sino que era una suerte de energía vital amplia y diferenciada. Para Jung la palabra libido tenía dos conceptos: el de una energía vital confusa, general y el de una energía psíquica más específica que alimenta al desarrollo de la

personalidad al que llamó “psyche”, este último concepto es similar al de Freud.

Jung propuso tres postulados o principios básicos: (Jung, 1928)

- **El principio de los opuestos:** Se refería a que, así como en el universo existen fuerzas o energías físicas opuestas esto también ocurre con la energía psíquica, es decir que todo sentimiento o deseo tiene su ente contrario y en ese conflicto de energías opuestas está la motivación primaria de la conducta.
- **El principio de equivalencia:** Jung explicó este asunto utilizando el principio de la conservación de la energía, decía que, de la misma forma, la energía psíquica se conservaba, así cuando por algún motivo una persona dejaba un pasatiempo, un deseo o un sentimiento hacia una persona, esa energía psíquica se usaba en otras actividades u otros terrenos igual de deseables y fascinantes.
- **El principio de la entropía:** Jung nuevamente recurre a un principio físico para explicar procesos psíquicos. De la misma forma como dos objetos con diferencia de temperaturas (uno con más calor que el otro) al juntarse terminan con la misma temperatura, es decir se tiende a la igualación de las diferencias de energía. Hay también una igualación de la energía psíquica que tiende al equilibrio de la personalidad.

Los sistemas de la personalidad

Para Jung existen tres sistemas de la personalidad el yo, el inconsciente personal y el inconsciente colectivo:

- **El Yo:** Es la parte de la psique donde se siente, piensa y recuerda. Solo permite el pase de ciertos estímulos de la experiencia entren en contacto con la consciencia, actuando de modo selectivo. Jung hacía referencia a dos tipos de actitudes: el extrovertido y el introvertido. La actitud extrovertida se orienta hacia el mundo externo, hacia las demás personas, son más sociales, abiertos y

expresivos; por el contrario, los de actitud introvertida son más tímidos, retraídos y menos expresivos. También nos habló de las funciones psicológicas con lo que se refería a que las personas tienen diferentes y contrarias formas de percibir el mundo real externo y nuestro mundo subjetivo interno. Jung mencionó hasta cuatro funciones de la psique: percibir, intuir, pensar y sentir (Jung, 1927). Tanto la percepción como la intuición son procesos no racionales, la percepción nos muestra los estímulos externos tal como son como una fotografía representaría los objetos y, la intuición expresa nuestro presentimiento sin que exista un estímulo externo o experiencia sensorial real. El pensamiento y la intuición si son procesos que implican razonamiento, el pensamiento implica hacer un juicio respecto a la veracidad o falsedad de una experiencia. Y el sentimiento como vivimos esa experiencia puede darse como aburrimiento, agrado, desagrado, gusto o disgusto.

Los tipos psicológicos de Jung

Ya que las dos actitudes introversión y extroversión; así como, las 4 funciones psicológicas se combinan o interactúan, existen hasta ocho tipos psicológicos según Jung:

- **Reflexivo extrovertido:** Lógico, objetivo, dogmático.
- **Sentimental extrovertido:** Emotivo, sociable; más común entre las mujeres que entre los hombres.
- **Perceptivo extrovertido:** Sociable, amante de los placeres, adaptable.
- **Intuitivo extrovertido:** Creativo capaz de motivar a otros y de aprovechar las oportunidades.
- **Reflexivo introvertido:** Más interesado en las ideas que en las personas.

- **Sentimental introvertido:** Reservado y poco expresivo, pero capaz de experimentar emociones profundas.
- **Perceptivo introvertido:** Indiferente en apariencia, se expresa en actividades estéticas.
- **Intuitivo introvertido:** Interés por el inconsciente más que por la realidad cotidiana.
- **El inconsciente personal:** Similar al preconscious de Freud, el inconsciente personal según Jung es como un depósito en la memoria que es olvidado o reprimido por ser poco útil, trivial o perturbador. Funciona como una biblioteca de recuerdos y experiencias, así podemos recurrir a un recuerdo, examinarlo por un momento y después devolverlo sin dificultad.
- **Los complejos:** Son patrones de percepciones, sentimientos, deseos o ideas organizados en función a un tema determinado. Algunos complejos pueden ser conscientes o inconscientes, pueden interferir con la consciencia y, aunque la persona no es consciente de tenerlos, son fácilmente observables por las demás personas. Otros complejos pueden ser positivos, como tener ideas de grandeza, eso conducirá a la persona a grandes emprendimientos. Además, según Jung, los complejos se nutren por las experiencias ancestrales un legado de la especie humana que está en el inconsciente colectivo.
- **El inconsciente colectivo:** Es el nivel menos accesible de la psique, el más profundo. Jung pensaba que de la misma forma que una persona almacena sus recuerdos en la psique, también la especie humana va almacenando experiencias o vivencias que son importantes para la especie y van pasando de generación en generación, son experiencias ancestrales. De esta forma la conducta de una persona está influenciada por las experiencias de pasado, la historia de la especie

y no solo por las experiencias de la niñez. Así estas experiencias ancestrales están presentes en el ser humano al momento de nacer y marca un patrón de como concebimos el mundo y la forma de reaccionar frente a él. Jung escribió: “La forma que adquiere el mundo en el que nace (una persona) es innata en ella, como una imagen virtual” (Jung, 1953, p. 188).

Los arquetipos

Toda esa experiencia ancestral del inconsciente colectivo se traduce en patrones recurrentes que Jung llamó arquetipos (Jung, 1947). Estos arquetipos propios de la humanidad son: el viejo sabio, dios, el héroe, la madre, etc. Y otros arquetipos centrales son: la persona, el ánima, el animus, la sombra y el sí mismo. El arquetipo de la persona es una careta, es lo que mostramos a los demás, algo que no es lo que somos en realidad, con el fin de adaptarnos en el ambiente u obtener ciertas respuestas de los demás en diferentes situaciones. Respecto a los arquetipos del ánima y el animus, Jung estableció que el ser humano es bisexual en esencia, a nivel psicológico ambos comportamientos se expresan porque, según las experiencias ancestrales, hombres y mujeres ya tienen cientos de años compartiendo, interactuando.

El arquetipo de la sombra representa a los instintos y las conductas malas o inmorales que la persona debe controlar. Sin embargo, la sombra también es fuente de vitalidad y energía, creatividad y emoción por tanto no debe suprimirse por completo pues, de ocurrir así, la energía de los instintos reprimida se terminará expresando en otras áreas. tomará el control de nuestro yo y nos dominará nuestro inconsciente. El arquetipo del sí mismo representa la unidad total de la personalidad, una suerte de equilibrio y armonía. La obtención plena del sí mismo es una meta ideal que está en el futuro pero que rara vez se llega a obtener, es una

fuerza que jala o impulsa a la personalidad desde adelante. Emerge en la edad madura, periodo crucial de la transición según Jung.

Su realización implica metas y planes para el futuro, así como una percepción realista de las propias capacidades y un conocimiento de sí mismo; por ello, es el proceso más arduo de la vida.

El desarrollo de la personalidad

A diferencia de Freud que solo ponía al pasado (y en los primeros años de vida) como influyente en la personalidad, Jung mencionaba también al futuro y a lo que queremos llegar a ser, pensaba que la personalidad se desarrolla en todas las etapas como avanzando a un ideal de autorrealización sin importar la edad. Jung se refirió a periodos específicos en el proceso global (Jung, 1930):

- **Niñez:** Se da el desarrollo del yo, el niño así comienza a distinguir entre el sí mismo y los otros.
- **De la pubertad a la adultez temprana:** Se da el “nacimiento psíquico”, donde hay dificultades y la necesidad de adaptarse a la realidad, interés centrado en el exterior: educación, carrera y familia. El objetivo o meta es tener algo seguro y lograr metas.
- **Edad madura:** En esta etapa los cambios drásticos de personalidad son inevitables y universales. Hay transformaciones necesarias y benéficas de la personalidad que se desplaza del exterior al interior. La energía ahora debe concentrarse actividades del mundo interno de la persona para lograr un equilibrio de la conciencia y la inconsciencia.

La individuación

Según Jung existe una tendencia a la individuación que no es otra cosa que la realización de las capacidades propias y el desarrollo del sí mismo. Cuando se llega

a la edad madura las personas adoptan un nuevo enfoque de la vida que les incita a guiarse por nuevos valores y conductas, a encarar el inconsciente y traerlo a la consciencia en una aceptación de lo que el inconsciente les pide que hagan; es decir, se guían por el flujo del inconsciente lo cual, sin embargo, no significa estar dominado por el inconsciente es solo aceptarlo. Esto puede llevar a nuevas conductas como la pintura u otro tipo de expresiones creativas que hasta ese momento de la vida habían sido pasadas por alto.

Alfred Adler

Los sentimientos de inferioridad

Para Adler el sentimiento de inferioridad siempre está en la persona y es fuente de la fuerza motivadora del comportamiento y del esfuerzo humano. En su crecimiento individual el ser humano trata de compensar las inferioridades supuestas o reales. Este proceso comienza en la infancia, cuando los niños son siempre más débiles que sus padres y les deben obediencia, hay un sentimiento de inferioridad ante los progenitores y son necesarios porque sirve de fuente de motivación para esforzarse y crecer.

El complejo de inferioridad

Si bien el sentimiento de inferioridad siempre está presente y es necesaria, puede desarrollarse un complejo de inferioridad cuando la persona no logra compensar este sentimiento, lo cual se pueda dar; por ejemplo, cuando el infante no crece, ni se desarrolla. Adler advirtió tres posibles causas para que esto ocurra: la inferioridad orgánica, los mimos excesivos y el descuido. La inferioridad orgánica ocurre cuando algún órgano no está funcionando en su totalidad o hay algún tipo de discapacidad, es decir se da una inferioridad física. Hay muchos ejemplos de deportistas en las olimpiadas especiales que compensan ese sentimiento de

inferioridad convirtiéndose en verdaderos atletas de competencia. Pero cuando esto no puede ser compensado a pesar de los arduos intentos la persona puede presentar un complejo de inferioridad.

También el exceso de cuidado origina complejo de inferioridad pues estos niños siempre tienen toda la atención de sus padres, los que satisfacen todas sus necesidades con solo pedirlo o incluso antes y se acostumbran a que los demás deben someterse a ellos, son el centro de atención; sin embargo, experimentan un contraste con la realidad en escenarios fuera del hogar como la escuela donde son una persona más que debe esperar su turno y donde todos tienen los mismos derechos a opinar, competir, participar y satisfacer sus necesidades, estos niños pueden llegar a pensar que el motivo de esa falta de atención por parte de ellos demás es que algo anda mal en ellos mismos y desarrollan un complejo de inferioridad. Lo mismo ocurre con los niños descuidados por sus padres, que no recibieron atención, sienten un vacío y una falta de amor lo cual se traduce en una sensación de inseguridad, pueden sentir que no valen nada y reaccionar con ira.

El complejo de superioridad

Se puede dar cuando un individuo trata de compensar en exceso los sentimientos normales de inferioridad. El individuo tiene una visión exagerada de la propia valía, de sus cualidades y logros personales. Si bien el individuo se siente satisfecho con su persona no cree tener la necesidad de demostrar esa superioridad con resultados o logros.

La batalla por la superioridad o la perfección

Si bien los sentimientos de superioridad son fuente de motivación para superarnos y mejorar, Adler nos dice que batallamos para algo más que eso.

Describió el concepto de la “lucha por la superioridad” mencionando que era un hecho fundamental en la vida (Adler, 1930). No se refería a superioridad como un vano intento de querer ser mejor que todos los demás, sino como una búsqueda incesante por la perfección, lo trascendental.

El finalismo ficticio

Según Adler esta idea de “finalismo” se refiere a que todos tenemos un fin último en la vida, un camino que seguir para llegar a un punto final establecido, pero no son reales, son metas muy personales, subjetivas. Estos ideales moldean la conducta y la forma cómo percibimos a los demás. En suma, son ideas ficticias que determinan nuestra conducta. Según Adler el ideal de la existencia de Dios, por ejemplo.

El estilo de vida

Si bien el individuo tiene como meta final alcanzar la superioridad o también llamada perfección hay diferentes formas para alcanzarlo. A estos patrones de conducta de características muy personales que el individuo adopta para alcanzar la superioridad, Adler llamó “estilo de vida”, el cual se cuaja en los primeros cinco años de vida y se determina por la interacción social, familiar y principalmente por la interacción con los padres.

Los problemas universales y los estilos básicos

Adler expuso tres problemas universales: problemas que implican nuestra conducta con los demás, problemas vocacionales y problemas de amor. También propuso cuatro estilos básicos para lidiar con los problemas universales: el tipo dominante, el tipo inclinado a recibir, el tipo evasivo y el tipo socialmente útil.

De éstos, los tres primeros, no están lo suficientemente preparados para convivir y enfrentar con los problemas cotidianos de todos los días, no cooperan

con la sociedad y el contraste de sus estilos de vida con lo que encuentran en la vida real les origina conductas anormales o no aceptadas podrían manifestarse en una neurosis o psicosis.

El orden de nacimiento

En la concepción de Adler, el orden de nacimiento era determinante en el desarrollo de la personalidad, a pesar que los niños tengan los mismos padres ser el primer o segundo hijo los condiciona la exposición a patrones y actitudes diferentes por parte de los padres hacia los mismos y esto afecta su personalidad. El primogénito está por algún periodo de tiempo en una posición de poder y de atención inmediata y exclusiva por parte de sus progenitores, pero son “destronados” al nacer el segundo hijo de una forma repentina, lucharán por recuperar el poder, pero serán severamente castigados algo que refuerza su pérdida. Pueden protagonizar conductas destructivas y hostiles con los padres y hasta odio por el nuevo hermano. Los primogénitos se muestran nostálgicos y pesimistas por el futuro. Como conocieron el poder siguen preocupados por recuperarlo. Sin embargo, los primogénitos pueden ejercer un papel de tutor o guía para sus hermanos menores, pero al mismo tiempo los padres esperan más de ellos, pueden ejercer un papel autoritario y severo. Adler mencionaba que, frecuentemente, los neuróticos, perversos y criminales eran primogénitos.

Los segundos hijos nunca sufrirán el desplazamiento de las atenciones de los padres de la misma forma como lo sufrieron los primogénitos a pesar que nazca otro hijo y esto es porque probablemente nunca lo tuvieron, los padres dejan de dar esa atención única y exclusiva a los hijos posteriores al primogénito. El segundo hijo está condenado a tener como punto de referencia al primogénito y siempre será un modelo, amenaza o un objeto de competencia.

El hijo menor nunca sufre el hecho de ser destronado, con frecuencia son los consentidos, están motivados a superar a los mayores por lo que se desarrollan a gran velocidad, pero puede pasar lo contrario si eran muy consentidos y al estar acostumbrados a no esforzarse para obtener lo que quieren y a ser cuidados por otros, pueden tener problemas de adaptación en la edad adulta.

Los hijos únicos nunca son destronados y siempre tienen esa posición de poder, están habituados a interactuar con adultos al no haber más hermanos, rápidamente muestran madurez y actitudes de adulto. Al no haber aprendido a competir, ni a compartir pueden tener problemas en terrenos fuera de la familia lo que hace que sienten profunda decepción y claudiquen con facilidad un emprendimiento.

Henry Murray

Principios de la personología

El término “personología” fue usado por Murray para referirse a la personalidad, mencionaba que los principios más básicos de ésta se hallaban en el cerebro, centro fisiológico de la personalidad, lugar donde tienen sus procesos la afectividad, los recuerdos conscientes o inconscientes, los valores y los miedos. Murray coincide con Freud en que actuamos para librarnos de las tensiones fisiológicas y psicológicas, pero esto no significa que toda nuestra conducta esté focalizada en alcanzar un estado de “cero tensiones” sino que es justamente el proceso de disminuir esas tensiones lo que nos produce una satisfacción. Murray mencionaba que generamos la tensión para luego tener la satisfacción de disminuirla.

La personalidad se construye a lo largo de la vida y se va moldeando según lo que experimentamos; así mismo, la personalidad es dinámica se modifica y progresa no es fija, ni estática.

Divisiones de la personalidad

Murray utilizó la terminología de Freud, pero con un significado diferente, veamos:

- **El Ello:** Tomó el mismo concepto que Freud, concibió al ello como un depósito de impulsos primitivos, innatos, de la libido, pero le agregó algo más, abarcaba también los impulsos innatos que la sociedad acepta como tendencias a la empatía, la imitación y la identificación, dominar el medio ambiente y los tipos de amor no lascivos.
- **El Super Yo:** Al igual que Freud pensaba q este era el reservorio de las normas sociales, la internalización de valores con los cuales podemos juzgar nuestra conducta y la de los demás y que esta estaba formada por la interacción con los padres principalmente, pero a diferencia de Freud, Murray pensaba que el super yo se desarrollaba durante toda la vida y que el super yo no estaba en permanente conflicto con el ello ya que el ello tiene fuerzas negativas y positivas.
- **El Yo:** Tal como lo definiera Freud el yo es la parte racional que decide nuestra conducta, pero Murray le amplió este concepto señalando que era el organizador central de la conducta humana, postulaba que el yo no es un simple servidor del ello, sino que planea, y decide cómo, dónde y cuándo se debe ejecutar la acción para la satisfacción de un impulso del ello.

Las necesidades como motivadores de la conducta

Es la aportación más importante de Murray a la teoría de la personalidad. Usó el término “necesidades” refiriendo que motivaban y direccionaban la conducta. Decía que “la motivación es lo esencial y siempre se refiere a algo que está dentro del organismo” (Robinson, 1992, p. 220).

Entendía a la necesidad como una fuerza psicoquímica del cerebro que organiza las capacidades perceptivas e intelectuales. Identifico una lista de hasta 20 necesidades, las cuales son: humillación, logro, afiliación, agresión, autonomía, oposición, defensa, deferencia, dominio, exhibición, evitar el daño, evitar el oprobio, cuidado, orden, juego, rechazo, receptividad, sexo, ayuda, comprensión.

Tipos de necesidades

Necesidades primarias: las llamó también viscerogénicas, son las que son indispensables para la supervivencia: comida, aire, agua, evasión de daños y sexo. Necesidades secundarias: las llamó también psicogénicas, surgen después de las primarias y no tienen un origen orgánico, se basan en la satisfacción de las emociones.

- **Necesidades reactivas:** Solo ocurre como reacción a un hecho concreto. Por ejemplo: evadir una amenaza
- **Necesidades proactivas:** No ocurre por un hecho concreto, son espontáneas. Por ejemplo: ante la sed una persona no esperará ver una imagen de agua, solo ira a buscarla.

Teoría basada en el ciclo vital

Erick Erikson

Etapas del desarrollo psicosocial de la personalidad

Si bien las cuatro primeras etapas de Erikson se asemejan a las de Freud, se diferencia en que Erikson daba relevancia a los factores psicosociales y Freud se centraba en los factores biológicos.

- **Etapas oral-sensorial:** Se da hasta el primer año de vida, etapa en la cual el nuevo ser depende enteramente de la madre o de su cuidador en el cual el lactante “vive y ama por medio de la boca” (Erikson, 1959, p. 57). Si la madre le

da seguridad afecto y amor la persona tendrá confianza en sí mismo. Si la madre lo rechaza o muestra incongruencia en su conducta o “abandona” al niño dejando su cuidado a una tercera persona generará una desconfianza en el niño. La “esperanza” es la fortaleza básica de esta etapa como una resolución positiva de la crisis “confianza versus desconfianza”, una creencia de que nuestros deseos serán satisfechos.

- **Etapa muscular-anal:** Se da desde el primer año de vida hasta los tres años. Es una etapa de aprendizaje del control de esfínteres. Los padres le pondrán las reglas de cuando y donde debe defecar atentando así su autonomía. Dependerá de la postura controladora de los padres dejarlo aprender a su ritmo ejerciendo su independencia y voluntad o ser severos, mostrar ira cuando no obedece las nuevas reglas. Cuando se hace esto último el niño dudará de sí mismo y experimentará vergüenza frente a los otros generándose la crisis “autonomía versus la duda y la vergüenza”. La fortaleza básica de esta etapa, cuando se da la autonomía, es la “voluntad” que implica ejercer sus propias decisiones y la autorregulación de la conducta frente a los designios que ejerce a sociedad.
- **Etapa locomotora-genital:** Se da de los 3 a 5 años de edad. El niño realiza mayor cantidad de actividades por sí mismo, en forma de fantasías, hay un deseo de poseer al progenitor del sexo opuesto y cierta rivalidad con el del sexo opuesto. En este escenario si los padres reaccionan de manera represiva y severa el niño puede desarrollar actitudes de culpa en forma persistente que lo acompañará en su vida adulta, pero si es manejado con comprensión y ternura por parte de los progenitores podrá canalizar estas iniciativas hacia objetivos más aceptables. La fortaleza básica de esta esta etapa es el propósito que deriva de la iniciativa.

- **Etapa de latencia:** Se da entre los 6 y 11 años de edad. Coincide en gran medida con la vida escolar del niño donde se enfrenta a un nuevo escenario social y aprende hábitos de estudio y trabajo que Erikson los llamo “laboriosidad”. Es muy importante las actitudes que asuman los maestros y progenitores del niño frente a su desempeño en las labores de la escuela. Si es constantemente regañado y ridiculizado desarrollará sentimientos de inferioridad; por el contrario, si es felicitado y halagado por sus logros reforzarán el sentimiento de competencia y desarrolla la habito del esfuerzo constante. La fortaleza básica de esta etapa es la competencia.
- **Etapa de la adolescencia:** Se da hasta los 18 años. En esta etapa se da la labor de la búsqueda de la identidad del yo. Es una etapa difícil donde el adolescente ensaya diferentes identidades y roles para quedarse con una que se le adecue mejor a su visión del mundo. De resolverse satisfactoriamente esta búsqueda obtendrá una imagen congruente y constante; sin embargo, de ocurrir lo contrario se puede dar una crisis de identidad, habrá una confusión de roles y una pérdida del sentido de qué son y adónde van. Pueden enrolarse en bandas o pandillas delictivas para buscar esa identidad. La fortaleza básica de esta etapa es la fidelidad.
- **Etapa de la adultez temprana:** Se da desde el fin de la adolescencia hasta los 35 años. Se adquiere mayor autonomía y las responsabilidades de la edad adulta, se hacen relaciones sociales como amistades estrechas y uniones sexuales. Se establece una intimidad con el otro sin que ocurra un desmedro de la propia identidad. Cuando esto no se da se generan sentimientos de aislamiento y se opta por la soledad, puede haber actitudes agresivas ante los demás. Hay una

situación decisiva entre intimidad y aislamiento. La fortaleza básica de esta etapa es el amor.

- **Etapa de la adultez:** Se da aproximadamente de los 35 a los 50 años. En esta etapa hay una participación e iniciativa por aportar hacia los demás, hacia las siguientes generaciones, una postura de ser guía o mentor de instruir a personas más jóvenes, algo que no solo se satisface con crianza de los hijos, siempre el adulto encuentra una forma de ser mentor. Erikson lo llamó “generatividad”, cuando un adulto no puede o no quiere realizar esta generatividad surge una suerte de ansiedad por “el estancamiento, el aburrimiento y el empobrecimiento de sus relaciones personales” (Erikson, 1968, p. 138). La fortaleza básica de la etapa de la adultez es la solidaridad que deriva de la generatividad.
- **Etapa de madurez-senectud:** Se da desde los 50 años para adelante. En esta etapa se han alcanzado los objetivos o están por alcanzarse y se pueden tomar dos tipos de actitudes: la integridad del yo o la desesperación. Cuando la persona revisa su pasado y está satisfecho con su vida en general, las decisiones tomadas, obras realizadas se concreta la integridad del yo. Si esto no ocurre y, por el contrario, se ve el pasado con rencor, frustración, resentimiento, arrepentimiento de las decisiones tomadas o por lo que no pudo hacer la persona entra en la desesperación, la persona se enoja consigo misma y con los demás, puede haber un desprecio a la gente. La fortaleza básica de esta etapa es la sabiduría.

Las debilidades básicas

Así como existen fortalezas básicas en cada una de las etapas del desarrollo, Erikson también nos habla de debilidades básicas en las que el Yo se va formando según las adaptaciones o inadaptaciones como formas de enfrentar las crisis en cada etapa. Cuando en el yo sólo tiende positivamente a la adaptación, hay una

“inadaptación” y si sólo tiende negativamente, la condición es “maligna”. Las inadaptaciones eventualmente llevan a neurosis y las malignidades a la psicosis.

La teoría de la personalidad de Erik Erikson tiene parámetros de comparación y de diferencias con la de Freud. Erick Erikson nos presenta una visión más optimista del ser humano, mencionaba que, si bien no todos alcanzan las fortalezas básicas en las etapas del desarrollo, sí es verdad que todos tienen la capacidad y la posibilidad de alcanzarlo, no es inevitable que padezcamos neurosis o ansiedad como consecuencia de impulsos instintivos como lo aseveraba Freud. Según Erikson toda persona puede guiar de forma consciente su desarrollo a lo largo de su vida y no somos solo un producto de las experiencias vividas en la niñez. En las cuatro primeras etapas del desarrollo tenemos poco control, pero en las cuatro últimas etapas tenemos el potencial de guiar nuestra vida y las decisiones cada vez con más independencia.

La teoría de Erikson es entonces solo parcialmente determinista, mencionaba que el aprendizaje y la experiencia contribuyen más al desarrollo de la personalidad que la herencia.

Teorías de los rasgos

Gordon Allport

Según Allport la personalidad es la organización dinámica interna de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan su conducta y pensamiento característicos. (Allport, 1961, p. 28). El individuo es un ser único, producto de la herencia y del ambiente. La herencia aporta materia prima (psique, inteligencia y temperamento), y el ambiente lo moldea, expande o limita. Allport decía que para estudiar la personalidad se deben estudiar casos individuales y no generar resultados a partir de grupos.

La personalidad, mencionaba Allport, es distinta y discontinua, no halló una continuidad de la personalidad desde la niñez a la vida adulta. De cierta forma, hay dos personalidades: la de la niñez y la de la edad adulta. Todas aquellas experiencias vividas en la niñez no determinan la personalidad en la edad adulta. Daba una mayor importancia al consciente que al inconsciente. Estudió la personalidad normal en vez de la anormal.

Los rasgos de la personalidad

Según Allport son tendencias a responder a diferentes estímulos de una forma semejante; es decir, son maneras consistentes y duraderas de respuesta al ambiente. Estos rasgos se caracterizan por ser reales e internos, determinan la conducta o son su causa, impulsan a las personas a los estímulos correctos, son demostrables empíricamente, están interrelacionados y varían de acuerdo a la situación.

Disposiciones personales

Para evitar confusiones con el uso del término “rasgos” a todos los fenómenos mencionados, Allport cambio su terminología, llamó “rasgos” solo a los rasgos comunes y “disposiciones personales” a los rasgos más individuales los cuales no tienen la misma importancia, pueden ser rasgos cardinales (influye en casi todo aspecto de la vida), centrales (describen bien nuestro comportamiento) y secundarios (son menos influyentes y sutiles, percibidos solo por amigos íntimos).

Hábitos y actitudes

Los hábitos son actividades automáticas y aprendidas, algo inflexibles y responden a un estímulo específico como por ejemplo aprender a cepillarse los dientes y lavarse las manos antes de los alimentos. Estos hábitos se suman y forman un solo rasgo (pulcritud). Las actitudes son posturas frente a algo específico, por

ejemplo, frente a una raza determinada o un tipo de música. Las actitudes son polares; es decir, o son positivas o negativas, de acercamiento o de rechazo.

Motivación: La autonomía funcional de los motivos

Para Allport la motivación depende del momento actual del individuo, sus planes e intenciones y no de su experiencia en la niñez como lo dijera Freud, lo ocurrido en el pasado quedaba en el pasado, no explica la conducta del adulto.

Con autonomía funcional se refiere a que los motivos de los adultos maduros y emocionalmente sanos no dependen de las experiencias anteriores. No dependen funcionalmente de las experiencias en la niñez. Allport hizo referencia a dos niveles de la autonomía funcional: la perseverante y la del *proprium*.

La primera, más elemental, se refiere a adicciones y las acciones físicas repetitivas; por ejemplo, la manera de hacer una tarea cotidiana. En algún momento tuvieron un propósito, pero ya no, no son parte integral de la personalidad. Son conductas rutinarias que realizamos incluso sin un reforzamiento externo.

Y del *proprium*, es indispensable para entender la conducta adulta, son motivaciones exclusivas de la persona que han sido retenidas en función que contribuyan a la autoestima, como una especie de habilidad personal que apoya nuestra autoimagen, intereses y valores.

Desarrollo de la personalidad en la niñez

Allport usó el término “*proprium*” para hacer referencia al yo o sí mismo, son aspectos únicos y exclusivos de un individuo y abarca sus actitudes, intenciones y percepciones. El desarrollo del “*proprium*” se da en 7 etapas:

- Yo corporal.
- Identidad del sí mismo.
- Autoestima.

- Extensión del sí mismo.
- Autoimagen.
- El sí mismo como agente racional.
- Esfuerzo del proprium

Las etapas 1-3 se presentan en los tres primeros años de vida. En ellas el niño tiene conciencia de su vida y distingue su cuerpo de los objetos. En la etapa 2 el niño entiende su identidad como intacta a pesar de los diferentes cambios que están ocurriendo. En la etapa de autoestima el niño aprende a sentir orgullo por sus logros.

Las etapas 4 y 5 se presentan entre los 4-5 años de edad. En ellas, el menor se da cuenta de que los objetos y las personas forman parte de su mundo. En la etapa de autoimagen crea una imagen real e idealizada de su persona y de su conducta; sabe que satisface o no las expectativas de sus progenitores. En la etapa 6, empieza a aplicar la razón y la lógica a la solución de los problemas cotidianos. En la etapa del esfuerzo del proprium se presenta en la adolescencia. El joven formula planes y metas de largo plazo.

Raymond Cattell

Los rasgos de la personalidad

Los rasgos para Cattell son tendencias en cierta medida permanentes, a reacciones que son las unidades estructurales básicas de la personalidad. Su clasificación de los rasgos de la personalidad es:

- **Rasgos comunes y rasgos únicos:** Un rasgo común es universal, todos lo tienen en diferente medida, por ejemplo, la inteligencia y la extroversión. Los rasgos únicos no son universales, son compartidos con pocas personas y se manifiestan en los intereses y las actitudes.

- **Los rasgos de la capacidad, el temperamento y los dinámicos:** Los rasgos de la capacidad determinan la eficiencia para alcanzar una meta, la inteligencia, por ejemplo. Los rasgos del temperamento se refieren al estilo y el tono emocional de la conducta. Por ejemplo, la amabilidad o irritabilidad. Hablan de la forma de reaccionar de un individuo ante diversas situaciones. Los rasgos dinámicos impulsan al comportamiento y pasan a definir las motivaciones, intereses y ambiciones de un individuo.
- **Rasgos superficiales y rasgos fuente:** Según su estabilidad los rasgos pueden ser superficiales cuando se correlacionan, pero no se consideran un factor ya que no se determinan por una misma fuente. Por ejemplo: ansiedad, la indecisión y el miedo irracional combinados conforman el rasgo neurotismo. Los rasgos fuente tienen la característica de ser estables e importantes, originan algún aspecto de la conducta. Son factores individuales que combinados determinan los rasgos superficiales.
- **Rasgos de constitución y rasgos moldeados por el entorno:** Son rasgos fuente, según su origen pueden ser rasgos de constitución que son de origen biológico, pero no siempre son innatos, Por ejemplo, el consumo de alcohol puede originar conductas como la negligencia. Los rasgos moldeados por el entorno se dan por influencia del ambiente. Por ejemplo, una militar muestra diferente comportamiento que un pintor.
- **Rasgos fuente:** Luego de más de 20 años de investigación empleando el análisis factorial, Cattell identificó 16 rasgos fuente como los factores básicos de la personalidad (Cattell, 1965), los plasmó en la prueba “cuestionario de los 16 factores de la personalidad”.

- **Rasgos dinámicos:** Las fuerzas motivadoras: Son los que se relacionan con la motivación, un tema importantísimo en muchas teorías de la personalidad. son el “combustible” de la personalidad.

Cattell definió los conceptos de actitudes subsidiariedad y el sentimiento de uno mismo: las actitudes según Cattell son los intereses, las emociones y las conductas que dirigimos a una persona, objeto o situación. La subsidiariedad son Algunos elementos de la personalidad son *subsidiarios* o subordinados de otros. Las actitudes son subsidiarias de los sentimientos y éstos lo son de los ergios. Y el sentimiento de uno mismo es el autoconcepto que da coherencia y organización a las actitudes y las emociones. Es el último de los sentimientos en lograr el nivel pleno de desarrollo.

Etapas del desarrollo de la personalidad

Cattell planteó 6 etapas del desarrollo de la personalidad que se dan a lo largo de la vida de un individuo. La infancia, hasta los 6 años, es el periodo formativo de la personalidad. Se da la experiencia con los padres, el destete y el control de esfínteres que influyen en el niño. Las actitudes sociales se desarrollan al mismo tiempo que el yo y el superyó, el sentimiento de seguridad o de inseguridad. Semejante a Freud, en varios de los conceptos que postuló como por ejemplo que los primeros años de vida son decisivos para la formación de la personalidad, y el conflicto oral y el anal pueden afectar la personalidad. De los 6-14 años, etapa de la niñez formativa de la personalidad, hay pocos problemas psicológicos. Hay una tendencia a independizarse de los padres y la identificación con los contemporáneos.

En la adolescencia, la etapa más difícil y donde interviene el estrés, surgen trastornos emocionales si no se resuelven conflictos de la independencia, la

autoafirmación y el sexo. En la etapa de la madurez que va aproximadamente de los 23 a los 50 años, la personalidad se torna menos flexible con respecto a las etapas antecesoras y hay, por lo mismo, mayor estabilidad emocional. En el último tramo de la madurez hay una reflexión profunda sobre el final de la vida, es cuando se autoexaminan los valores propios y se busca un yo nuevo.

En la etapa de la vejez se debe hacer frente a diferentes tipos de pérdidas: muerte del cónyuge, parientes y amigos, el fin de la carrera profesional; sobreviene un sentimiento de soledad.

Hans Eysenck

Eysenck tuvo una obra bastante prolífica, realizó varios instrumentos con el objetivo de evaluar la personalidad del individuo; así tenemos: el Inventario Eysenck de la Personalidad (Eysenck y Eysenck, 1963), el Indicador Eysenck de la Personalidad, el Cuestionario Maudsley Médico y el Inventario Maudsley de la Personalidad. Se puede decir que con obra se da relevancia a la influencia de la herencia en la descripción de la personalidad.

Las dimensiones de la personalidad

Eysenck investigó durante casi toda su vida profesional la forma más adecuada de medir la personalidad, sabía de Cattell y estaba de acuerdo en que la personalidad está compuesta de rasgos o factores derivados del análisis factorial; pero, le parecía que Cattell fallaba en el método y caía en posibles subjetividades. Por eso, usando el análisis factorial, también utilizó pruebas y trabajos experimentales con muchas variables. La conclusión de sus trabajos fue que la personalidad estaba formada por tres dimensiones:

- E- Extroversión frente a introversión.
- N- neuroticismo frente a estabilidad emocional.

- P- Psicoticismo frente a control de impulsos (o funcionamiento del superyó).

Eysenck postuló que ciertos rasgos de la personalidad están asociados con esas tres dimensiones, las investigaciones posteriores han demostrado que los rasgos y dimensiones que propuso Eysenck se mantienen estables en la personalidad con el paso del tiempo. Aquí podemos ver como agrupó estos rasgos:

| EXTROVERSIÓN / INTROVERSIÓN | NEUROTICISMO / ESTABILIDAD EMOCIONAL | PSICOTICISMO / CONTROL DE IMPULSOS |
|--|---|---|
| SOCIABLE | ANSIOSO | AGRESIVO |
| VIVAZ | DEPRESIVO | FRIO |
| ACTIVO | CON SENTIMIENTOS DE CULPA | EGOCÉNTRICO |
| ASERTIVO | BAJA AUTOESTIMA | IMPERSONAL |
| BUSCADOR DE SENSACIONES | TENSO | IMPULSIVO |
| DESPREOCUPADO | IRRACIONAL | ANTISOCIAL |
| DOMINANTE | TÍMIDO | CREATIVO |
| ARRIESGADO | MAL HUMORADO | INFLEXIBLE |

Extroversión

Eysenck buscó las diferencias biológicas y genéticas entre los tipos extrovertidos e introvertidos y encontró que los extrovertidos presentan un nivel base de activación cortical inferior al de los introvertidos por ello necesitan, y buscan activamente, la emoción y la estimulación.

Lo contrario se da en los introvertidos ya que su nivel de activación cortical es elevado de por sí (Eysenck, 1990).

Neuroticismo

Eysenck mencionaba que el neuroticismo, con rasgos de ansiedad, depresión, tensión y mal humor, se hereda en buena parte, es decir, es más de origen genético que del aprendizaje o la experiencia. Las investigaciones posteriores parecen indicar que los individuos con alta neuroticidad presentan actividad más intensa en las áreas del cerebro que controlan la rama simpática del sistema nervioso autónomo la cual constituye un sistema de alarma del organismo con sus respectivas respuestas fisiológicas conocidas. Eysenck sostenía que el sistema simpático de los neuróticos responde en forma hipersensible frente a casi todas las situaciones estresoras.

Psicoticismo

Se caracterizan por mostrar agresividad, ser antisociales, inflexibles frías y egocéntricas, además, son menos sensibles hacia los demás. Se ha observado que muestran mayor creatividad.

Las investigaciones actuales sugieren un importante papel genético, pero también la influencia de las experiencias de la infancia. (Heaven y Ciarrochi, 2006). Eysenck mencionaba que todas las personas tienen más o menos estas tres dimensiones de la personalidad, pero algunos se adaptan al ambiente mejor que otros.

Así, un individuo con alto puntaje en psicoticismo -con conducta agresiva y hostil-, podría sufrir un trastorno psicológico, con tendencia a la criminalidad o adaptarse en actividades más aceptables como los deportes de contacto.

Personalidad y psicopatología

Como podemos observar el estudio de la personalidad ha tenido una larga evolución y ha explorado diferentes enfoques con diferentes autores ensayando cada quien distintos abordajes; sin embargo, entre la década de los '60s hasta mediados de los '80s hubo un empobrecimiento del estudio de la personalidad. Desde entonces se ha experimentado un renacimiento asombroso donde se han agregado nuevos modelos de la personalidad más actuales y complejos por lo que uno de los ámbitos que se ha visto beneficiado es la psicopatología. Ya desde las teorías de rasgos de la personalidad de Allport, Cattell y Eysenck se puede observar una relación entre la personalidad y ciertas psicopatologías. En las últimas décadas han proliferado los estudios sobre la relación de dimensiones o factores de personalidad con trastornos psicopatológicos, en especial con los conceptuados como trastornos de personalidad (Eje II del sistema DSM: cf. Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Estas investigaciones abordan las relaciones entre salud / trastorno psicológico y dimensiones de la personalidad en varios de los modelos mejor fundamentados: el de tres factores (Eysenck, 1994), el de "circumplejo" (Pincus, 1994), y, sobre todo, el de los "cinco grandes factores". Actualmente se asume que la estructura o configuración individual de la personalidad es relevante para la psicopatología, existe similitud de naturaleza jerárquica, entre personalidad y psicopatología, donde ciertos estados psicopatológicos llegan a alcanzar cierta estabilidad dando un mejor resultado en el tratamiento, siempre dependiendo de la estructura de la personalidad del paciente (Watson, Clark y Harkness, 1994).

Personalidad y la psicopatía

La información sobre el concepto de psicopatía y su evolución es variada y extensa; sin embargo, uno de los autores que podríamos decir establece un hito por

la forma en que siembra las bases del concepto es el psiquiatra americano Cleckley (1988), quién, en la Sección III de su texto clásico: “The Mask of Sanity”, basado en estudios de casos, propone un perfil clínico distintivo describiendo sus principales características en la forma siguiente:

- Encanto superficial con “buen nivel de inteligencia”
- Ausencia de delusiones u otros signos de pensamiento irracional
- Ausencia de ansiedad u otras manifestaciones psiconeuróticas.
- Persona en quien no se puede confiar, persona mentirosa o carente de sinceridad.
- Ausencia de remordimiento o vergüenza, relaciones afectivas pobres.
- Conducta antisocial sin motivos adecuados.
- Juicio pobre e incapacidad de aprender por experiencia.
- Egocentrismo patológico e incapacidad de amor (real).
- Incapacidad específica de insight: poca capacidad de respuesta en las relaciones interpersonales (intuición social).
- Incapacidad general de respuesta en sus relaciones interpersonales.
- Conductas repugnantes y con motivaciones fantásticas bajo efectos del alcohol y a veces sin ello.
- Raramente se suicidan, fracaso en seguir un plan realista.
- Relaciones sexuales impersonales, triviales y pobremente integradas.

Fue Cleckley quien además introdujo el concepto de “afasia semántica”, enfatizando que estos individuos ostentaban facultades intelectuales intacta al mismo tiempo que posee una absoluta despreocupación por los valores personales y sociales, con encanto superficial, manipulador, afectivamente pobre y sin vergüenza, culpa ni remordimientos (Pozueco,2011). Posteriormente el psicólogo canadiense Robert D.Hare que en base a la descripción clínica de Cleckley,

desarrolla un conjunto de instrumentos de evaluación diagnóstica, actualmente utilizados a nivel mundial. Entre ellos: la PCL (Psychopathy CheckList o lista de verificación de rasgos psicopáticos); la PCL-R (Psychopathy CheckList Revised o lista revisada de verificación de rasgos psicopáticos) (Hare, 1990). A partir de los planteamientos de Cleckley y de Robert Hare, se configuró el concepto de psicopatía como una constelación de rasgos de naturaleza afectiva, interpersonal y conductual. (Muñoz, 2003; Alcázar, 2008).

Rasgos de la psicopatía según Hare:

| FACETA 1 INTERPERSONALES | FACETA 2 AFECTIVAS | FACETA 3 ESTILO IMPULSIVO/ IRRESPONSABLE | FACETA 4 ANTISOCIAL |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Locuacidad/encanto superficial | Ausencia de remordimientos y culpabilidad. | Necesidad de estimulación | Escaso control conductual |
| Egocentrismo/Sensación de autovalía | Escasa profundidad de los afectos | Estilo de vida parasitario. | Problemas de conducta precoces. |
| Mentiras patológicas | Inestabilidad/falta de empatía. | Falta de metas realistas a largo plazo Impulsividad. | Delincuencia juvenil |
| Engaño/manipulación | Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones | Impulsividad. | Revocación de la libertad condicional. |
| | | Irresponsabilidad | Versatilidad criminal |

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El trabajo a realizar es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

- **Cuantitativo:** Es una forma de estudio que permite recopilar y analizar la información recolectada de distintas fuentes, para examinar el problema y su generalización a una población, con la ayuda de herramientas estadísticas y de muestreo.
- **Observacional:** No hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.
- **Descriptivo:** Recolecta información sin cambiar.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realiza en el año 2020 en el mes de febrero - marzo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.3. Variables

Personalidad según el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI “Mini-mult” abreviado en profesionales médicos del HNHN en el año 2020.

3.31. Operacionalización de las variables:

| Variable | Definición conceptual | Dimensión o Escala | Indicadores | Ítems | Nivel de Medición | Escala de Interpretación | Técnicas e instrumentos |
|---|--|------------------------|---|--|-------------------|--|---|
| Personalidad Según el MMPI- Versión "Mini-mult" | Es continuo y rígido, se basa en las experiencias vividas por el sujeto y de la conducta que se separa intencionalmente de las posibilidades de la cultura de la persona (APA, 2002) | Hipocondría | Interés corporal, preocupación por la salud, somatización, malestar físico, inmadurez. | Consta de los ítems 01,06,10,18,26,32,37, 44,45,46,55,62, 63,69 | ordinal | Rango clínico: Puntaje "T" ≥ 70 puntos en el MMPI versión Mini-Mult. Rango No Clínico: Puntaje "T" < 70 puntos en El MMPI Versión Mini-Mult. | Técnica: Psicometría Instrumento: Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI "Minimult" versión abreviada. Autor: J.C. Kincannon |
| | | Depresión | Decaimiento de la moral, sentimientos de inutilidad, falta de confianza en sí mismo, tendencia a preocuparse. | Consta de los ítems 01,02,03,04,09,11,13, 17,18,22,25,28, 36,37,40,42,44,60,61,65. | | | |
| | | Histeria | Ataques de debilidad, desmayos o convulsiones, inmadurez, egocéntrica. | Consta de los ítems 01,02,03,09,11,13,18,23 ,26,28,29,31, 33,35,37,40,41,43,44,49, 55,56,57,62 | | | |
| | | Desviación Psicopática | Rebeldía, desorden de carácter. Sentimientos antisociales. | Consta de los ítems 03,07,10,13,14,15,16,22, 27,28,34,35, 41,43,49, 52,58,65,71. | | | |
| | | Paranoia | Sensibilidad en sus relaciones interpersonales, suspicaces. | Consta de los ítems 05,08,10,15,29,30,31,39, 43,63,64,66, 67,68. | | | |
| | | Psicastenia | Depresión leve, ansiedad, baja | Consta de los ítems 02,03,05,08,13,17,22,25, | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|---|--|--|--|
| | | | autoestima, atención dispersa . | 27,28,36,42, 44,51,57,66,68. | | | |
| | | Esquizofrenia | Aislamiento, emociones bizarras, poco interés por el medio, explosivos, dudan de su propio valor, problema en la comunicación, inestabilidad emocional, hostiles, impulsivos. | Consta de los ítems 03,05,10,13,14,15,16,26, 30,42,63,64, 66. | | | |
| | | Manía | Irritabilidad, entusiasmado, muy dinámico, incansables, veloz de ideas, pensamientos y acciones, abierto. | Consta de los ítems 04,07,11,21,29,34,38,39, 54,57,60 | | | |

Adaptado del inventario multifásico de la personalidad (Kincannon, 2008).

3.4. Población y muestra

Población

Será conformada por la totalidad de los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue de los servicios de Medicina Interna, Cirugía general, Gineco-obstetricia y Pediatría en marzo- 2020.

Muestra

Está constituida por los profesionales médicos de las especialidades de Medicina interna, Cirugía general, Gineco-obstetricia y Pediatría que cumplan con los criterios de inclusión, los que hicieron un total de 38 médicos.

Criterios de inclusión:

- Los profesionales médicos residentes y especialistas del Hospital Nacional Hipólito Unanue en las especialidades de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía general que voluntariamente den su aceptación de participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Los profesionales médicos residentes y especialistas que no pertenecen a las especialidades mencionadas.
- Los profesionales médicos que no hayan completado sus respectivas hojas de respuestas del MMPI versión Mini-Mult.
- Los profesionales médicos que alcanzaron puntajes elevados en las escalas de validez del MMPI versión Mini-Mult.

3.5. Instrumento:

Se utilizó una prueba psicométrica: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) versión Mini-Mult. (Kincannon, 2008).

3.6. Procedimientos de recolección de datos

Se abordó a los profesionales médicos en el HNHU al término de sus respectivos turnos explicándoles brevemente el tema, los objetivos y el alcance del estudio en forma individual, aceptada su participación, se otorgó a cada uno lo siguiente:

- **El consentimiento informado:** El cual luego de ser leído, llenado y firmado por el profesional se recogió para ser colocado en un sobre que es entregado al investigador en ese primer momento.
- **El instrumento:** El cual consta de 2 hojas: una hoja con un cuestionario de 71 preguntas con dos posibles respuestas: cierto (C) o Falso (F) las que se marcan en una segunda hoja de respuestas. Se les brindó instrucciones verbales y escritas para el llenado de la misma y se les informó que es totalmente anónima; es decir, no incluye nombres del participante.

El profesional médico participante se queda con la hoja del cuestionario y la hoja de marcado de respuestas para que pueda llenarlo en ese momento, cuando tenga un descanso o en su hogar. La hoja de respuestas fue entregada en ese mismo día o al día siguiente, depositándola en un ánfora con una ranura para la colocación de la hoja de respuestas, ánforas que fueron ubicadas en el star médico del servicio con la intención de garantizar el anonimato de las respuestas de los profesionales médicos. Dichas ánforas conteniendo las hojas de respuestas fueron recogidas en cada uno de los servicios al tercer día por el investigador.

3.7. Análisis de datos

Una vez obtenida la información de las hojas de respuestas del Inventario Multifásico de la personalidad De Minnesota (MMPI) versión Mini-Mult se procesaron dichos datos

según las tablas de conversión del instrumento hasta la obtención de los puntajes T los que son registrados en una matriz de datos del programa Microsoft Excel 2016. Para el análisis e interpretación de datos se utilizó la estadística descriptiva realizando un plan de tabulación. Para la presentación de los datos se utilizaron tablas de frecuencias, cuadros estadísticos, gráficos de barras y circulares con las respectivas interpretaciones según corresponda.

IV. RESULTADOS

Luego de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión abreviada Mini-Mult a los profesionales médicos, se realiza el procesamiento de datos obteniéndose los siguientes puntajes T. Los resultados son:

Tabla 1: puntajes T de escalas clínicas, según el MMPI versión “Mini-Mult” en los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020.

| ESPECIALIDAD | SEXO | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|--------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| M.INTERNA | M | 88 | 58 | 55 | 62 | 63 | 62 | 65 | 73 |
| M.INTERNA | M | 92 | 53 | 73 | 74 | 65 | 62 | 73 | 48 |
| M.INTERNA | M | 70 | 48 | 53 | 48 | 63 | 45 | 46 | 63 |
| CIRUGÍA | M | 82 | 62 | 73 | 76 | 65 | 69 | 76 | 58 |
| CIRUGÍA | M | 70 | 58 | 49 | 50 | 50 | 36 | 48 | 58 |
| M.INTERNA | M | 85 | 58 | 58 | 53 | 47 | 58 | 61 | 63 |
| M.INTERNA | M | 88 | 68 | 66 | 71 | 65 | 64 | 67 | 53 |
| M.INTERNA | M | 88 | 62 | 58 | 46 | 65 | 54 | 55 | 55 |
| GIN.OBST. | M | 85 | 104 | 84 | 71 | 70 | 95 | 72 | 60 |
| PEDIATRIA | M | 92 | 62 | 60 | 71 | 63 | 56 | 78 | 70 |
| M.INTERNA | M | 82 | 68 | 64 | 71 | 63 | 66 | 59 | 50 |
| PEDIATRIA | M | 67 | 53 | 58 | 50 | 63 | 52 | 42 | 63 |
| GIN.OBST. | M | 70 | 58 | 60 | 67 | 50 | 54 | 61 | 55 |
| M.INTERNA | M | 67 | 53 | 47 | 64 | 76 | 60 | 55 | 68 |
| CIRUGÍA | M | 85 | 58 | 64 | 67 | 56 | 69 | 61 | 50 |
| CIRUGÍA | M | 90 | 68 | 60 | 79 | 63 | 58 | 67 | 50 |
| GIN.OBST. | M | 77 | 62 | 64 | 69 | 63 | 62 | 65 | 58 |
| CIRUGÍA | M | 90 | 62 | 69 | 67 | 65 | 60 | 72 | 63 |
| GIN.OBST. | M | 88 | 68 | 55 | 55 | 56 | 56 | 59 | 60 |
| GIN.OBST. | M | 76 | 68 | 60 | 53 | 56 | 52 | 46 | 55 |
| PEDIATRIA | M | 80 | 53 | 64 | 62 | 70 | 58 | 61 | 45 |
| PEDIATRIA | M | 92 | 58 | 69 | 74 | 65 | 66 | 73 | 48 |
| M.INTERNA | M | 92 | 62 | 69 | 74 | 65 | 62 | 73 | 48 |
| M.INTERNA | F | 80 | 53 | 60 | 55 | 63 | 52 | 55 | 50 |
| CIRUGÍA | F | 88 | 68 | 66 | 69 | 63 | 69 | 55 | 76 |
| CIRUGÍA | F | 88 | 68 | 64 | 64 | 56 | 54 | 65 | 53 |
| CIRUGÍA | F | 88 | 46 | 73 | 60 | 65 | 58 | 59 | 45 |
| CIRUGÍA | F | 92 | 58 | 60 | 69 | 65 | 62 | 72 | 65 |
| PEDIATRIA | F | 82 | 62 | 69 | 64 | 63 | 69 | 72 | 63 |
| GIN.OBST. | F | 88 | 53 | 55 | 67 | 63 | 52 | 59 | 60 |
| M.INTERNA | F | 76 | 58 | 64 | 62 | 65 | 54 | 55 | 43 |
| GIN.OBST. | F | 90 | 58 | 64 | 67 | 56 | 54 | 55 | 55 |
| M.INTERNA | F | 62 | 48 | 66 | 69 | 76 | 69 | 51 | 65 |
| M.INTERNA | F | 80 | 68 | 55 | 62 | 50 | 60 | 51 | 73 |
| GIN.OBST. | F | 82 | 72 | 69 | 62 | 56 | 58 | 63 | 60 |
| PEDIATRIA | F | 102 | 84 | 80 | 60 | 65 | 81 | 67 | 68 |
| PEDIATRIA | F | 70 | 53 | 66 | 71 | 70 | 64 | 65 | 48 |
| PEDIATRIA | F | 92 | 62 | 69 | 74 | 63 | 62 | 73 | 48 |
| MEDIA | | 83.05 | 61.45 | 63.47 | 64.45 | 62.26 | 60.37 | 61.89 | 57.53 |

Hs: Hipocondría, **D:** Depresión, **Hi:** Histeria, **Dp:** Desviación psicopática, **Pa:**

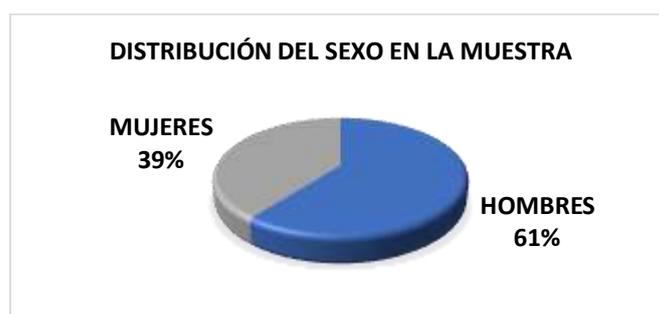
Paranoia, Pt: Psicastenia, **Es:** Esquizofrenia. **Ma:** Manía

En la Tabla 1 se aprecia los puntajes T obtenidos por cada uno de los 38 profesionales médicos del HNHU que laboran en las especialidades de Medicina interna, Cirugía, Ginecología y pediatría luego de procesamiento de datos del MMPI versión abreviada Mini-Mult en cada una de las escalas clínicas: Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía.

Tabla 2: porcentaje de hombres y mujeres en la muestra de profesionales médicos sometidos al MMPI versión abreviada (Mini-Mult).

| MÉDICOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| HOMBRES | 23 | 61% |
| MUJERES | 15 | 39% |
| TOTAL | 38 | 100% |

Gráfico 1:



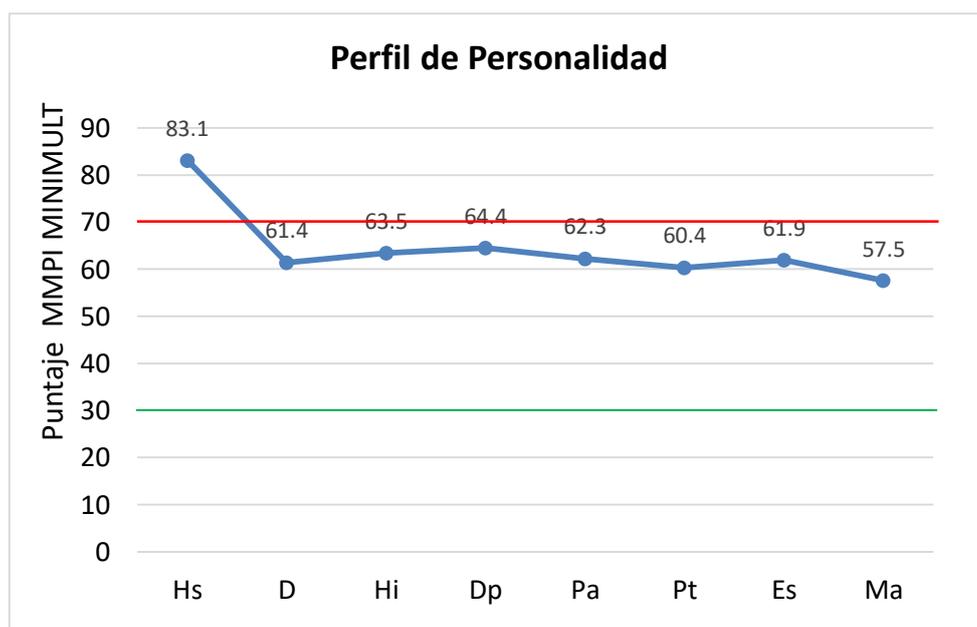
Como se puede observar en la Tabla 2 y Gráfico 1 existe una mayor cantidad de médicos hombres 23 (61%) y una cantidad menor de médicos mujeres 15 (39%) en la muestra del presente estudio.

Tabla 3: Distribución de los profesionales médicos en las 4 especialidades

| ESPECIALIDAD | N° |
|------------------|----|
| MEDICINA INTERNA | 13 |
| CIRUGÍA | 9 |
| GINECOLOGÍA | 8 |
| PEDIATRÍA | 8 |
| TOTAL | 38 |

En la Tabla 3 se observa la cantidad de profesionales médicos distribuidos en las especialidades médicas que fueron evaluados con el MMPI versión abreviada Mini-Mult. Notamos que la mayor cantidad de médicos evaluados son los especialistas de Medicina Interna (13), le sigue Cirugía (9), Ginecología (8) y Pediatría (8); los cuales aceptaron su participación voluntaria y firmaron el respectivo consentimiento informado.

Gráfico 2: Perfil de personalidad de los profesionales médicos del HNHU.

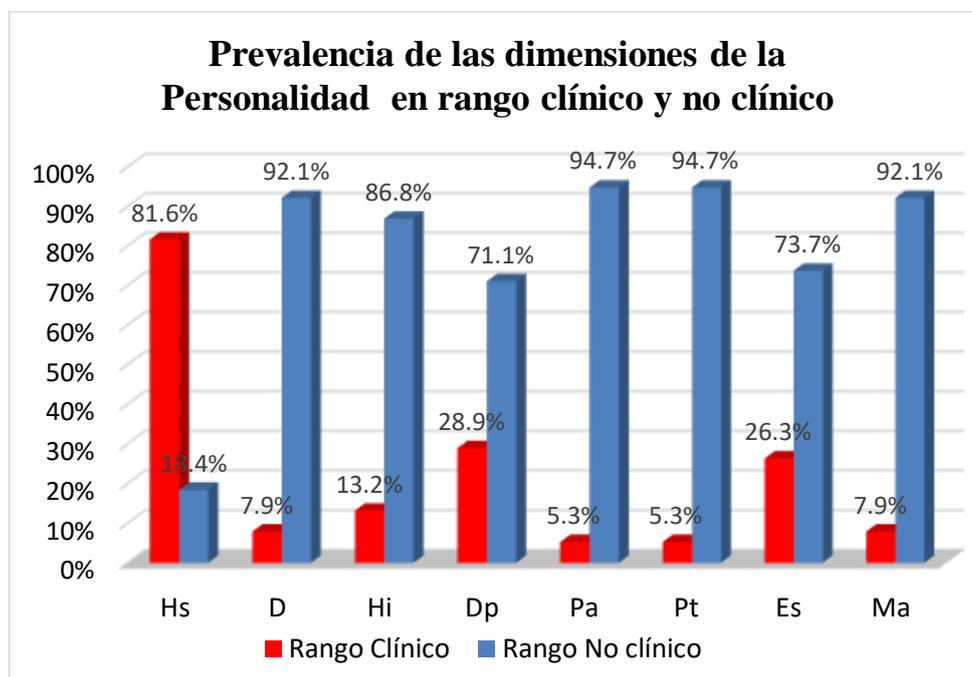


En el Gráfico 2, observamos las medias de los puntajes T obtenidos en el MMPI versión abreviada (Mini-Mult) por los profesionales médicos en cada una de las escalas clínicas lo que constituye el perfil de personalidad de la totalidad de médicos examinados. Podemos observar que el valor más elevado se presenta en la dimensión de la personalidad Hipocondría (Hs) con 83.1 ptos el cual está en un rango clínico (puntaje $T > 70$). Las medias de las demás dimensiones de la personalidad están en un rango no clínico (puntaje $T \leq 70$), siendo el caso de la dimensión Depresión (D) (61.4), la dimensión Histeria (Hi) (63.5), la dimensión Desviación psicopática (Dp) (64.4), la dimensión Paranoia (Pa) (62.3), la dimensión Psicastenia (Pt) (60.4), la dimensión Esquizofrenia (Es) (61.9) y la dimensión Manía (Ma) (57.5).

Tabla 4: Distribución de frecuencias de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y no clínico en los profesionales médicos evaluados.

| Dimensión | Rango Clínico | | Rango No clínico | |
|-----------|---------------|--------|------------------|--------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 31 | 81.58% | 7 | 18.42% |
| D | 3 | 7.89% | 35 | 92.11% |
| Hi | 5 | 13.16% | 33 | 86.84% |
| Dp | 11 | 28.95% | 27 | 71.05% |
| Pa | 2 | 5.26% | 36 | 94.74% |
| Pt | 2 | 5.26% | 36 | 94.74% |
| Es | 10 | 26.32% | 28 | 73.68% |
| Ma | 3 | 7.89% | 35 | 92.11% |

Gráfico 3: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y rango no clínico en los profesionales médicos según en MMPI Mini-Mult.



En la Tabla 4 y Gráfico 3 podemos observar la frecuencia y su expresión en porcentajes de la prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron niveles de rango clínico y rango no clínico en los profesionales médicos evaluados con el MMPI Mini-mult de donde se pueden desprender los siguientes hallazgos:

- **Dimensión Hipocondría (Hs):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 81.58% (31) presentan niveles en rango clínico de la dimensión Hipocondría y el 18.42% (7) no presentan niveles rango clínico de la dimensión Hipocondría según el MMPI Mini-Mult.
- **Dimensión Depresión (D):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 92.11% (35) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Depresión y el 7.89% (3) presentan niveles rango clínico de la dimensión Depresión según el MMPI Mini-Mult.
- **Dimensión Histeria (Hi):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 86.84% (33) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión

Histeria y el 13.16% (5) presentan niveles rango clínico de la dimensión Histeria según el MMPI Mini-Mult.

- **Dimensión Desviación psicopática (Dp):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 71.05% (27) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Desviación psicopática y el 28.95% (11) presentan niveles rango clínico de la dimensión Desviación psicopática según el MMPI Mini-mult.
- **Dimensión Paranoia (Pa):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 94.74% (36) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Paranoia y el 5.26% (2) presentan niveles rango clínico de la dimensión Paranoia según el MMPI Mini-Mult.
- **Dimensión Psicastenia (Pt):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 94.74% (36) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Psicastenia y el 5.26% (2) presentan niveles rango clínico de la dimensión Psicastenia según el MMPI Mini-Mult.
- **Dimensión Esquizofrenia (Es):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 73.68% (28) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Esquizofrenia y el 26.32% (10) presentan niveles rango clínico de la dimensión Esquizofrenia según el MMPI Mini-Mult.
- **Dimensión Manía (Ma):** Se halló que, del 100% (38) de los profesionales médicos evaluados, el 92.11% (35) no presentan niveles en rango clínico de la dimensión Manía y el 7.89% (3) presentan niveles rango clínico de la dimensión Manía según el MMPI Mini-Mult.

Análisis de datos por especialidad médica

- Medicina Interna:

Tabla 5: Puntajes T de escalas clínicas, según el MMPI versión abreviada “Mini-mult” en los profesionales médicos de la especialidad de Medicina Interna del HNHU 2020.

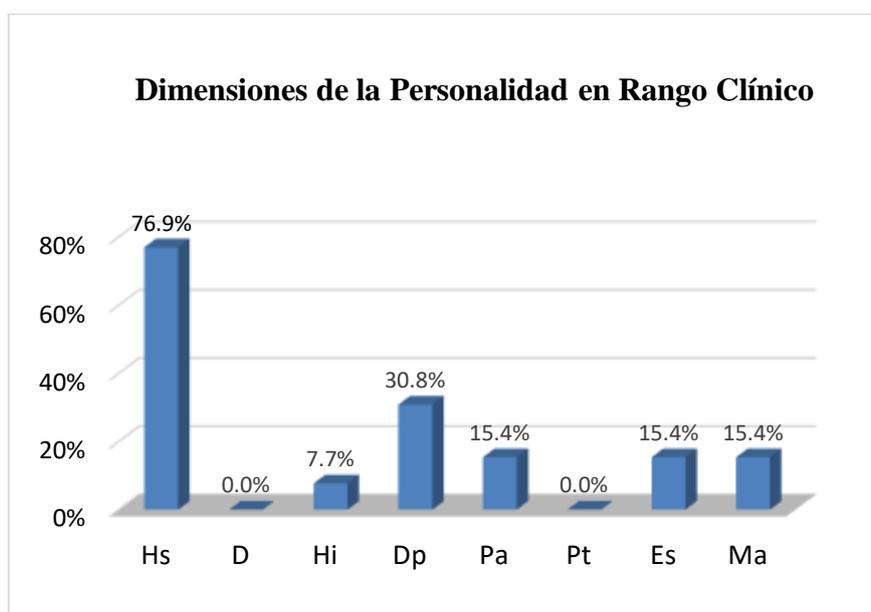
| N° | ESPECIALIDAD | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|----|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | M.INTERNA | 88 | 58 | 55 | 62 | 63 | 62 | 65 | 73 |
| 2 | M.INTERNA | 92 | 53 | 73 | 74 | 65 | 62 | 73 | 48 |
| 3 | M.INTERNA | 70 | 48 | 53 | 48 | 63 | 45 | 46 | 63 |
| 4 | M.INTERNA | 85 | 58 | 58 | 53 | 47 | 58 | 61 | 63 |
| 5 | M.INTERNA | 88 | 68 | 66 | 71 | 65 | 64 | 67 | 53 |
| 6 | M.INTERNA | 88 | 62 | 58 | 46 | 65 | 54 | 55 | 55 |
| 7 | M.INTERNA | 82 | 68 | 64 | 71 | 63 | 66 | 59 | 50 |
| 8 | M.INTERNA | 67 | 53 | 47 | 64 | 76 | 60 | 55 | 68 |
| 9 | M.INTERNA | 92 | 62 | 69 | 74 | 65 | 62 | 73 | 48 |
| 10 | M.INTERNA | 80 | 53 | 60 | 55 | 63 | 52 | 55 | 50 |
| 11 | M.INTERNA | 76 | 58 | 64 | 62 | 65 | 54 | 55 | 43 |
| 12 | M.INTERNA | 62 | 48 | 66 | 69 | 76 | 69 | 51 | 65 |
| 13 | M.INTERNA | 80 | 68 | 55 | 62 | 50 | 60 | 51 | 73 |
| | MEDIA | 80.77 | 58.23 | 60.62 | 62.38 | 63.54 | 59.08 | 58.92 | 57.85 |

En la Tabla 5 tenemos el puntaje T obtenido por 13 profesionales médicos de la especialidad de Medicina Interna en cada una de las dimensiones de la personalidad evaluados por el MMPI Mini-Mult y la media obtenida en cada una de estas dimensiones.

Tabla 6: Distribución de frecuencias de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y no clínico en los profesionales médicos de Medicina Interna.

| Dimensión | Rango Clínico | | Rango No clínico | |
|-----------|---------------|--------|------------------|---------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 10 | 76.92% | 3 | 23.08% |
| D | 0 | 0.00% | 13 | 100.00% |
| Hi | 1 | 7.69% | 12 | 92.31% |
| Dp | 4 | 30.77% | 9 | 69.23% |
| Pa | 2 | 15.38% | 11 | 84.62% |
| Pt | 0 | 0.00% | 13 | 100.00% |
| Es | 2 | 15.38% | 11 | 84.62% |
| Ma | 2 | 15.38% | 11 | 84.62% |

Gráfico 4: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango clínico en los profesionales médicos de Medicina Interna.



En la Tabla 6 podemos observar la frecuencia y su expresión en porcentajes de la prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron niveles de rango clínico y rango no clínico en los profesionales médicos de la especialidad de Medicina Interna evaluados con el MMPI Mini-Mult.

En el Gráfico 4, observamos las prevalencias en porcentajes de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron rango clínico ($T > 70$) en los profesionales médicos. Se halló que, del 100% (13) de los profesionales médicos con especialidad en medicina Interna evaluados, el 79.92% (10) presentan niveles en rango clínico de la dimensión Hipocondría, 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Depresión, el 7.69% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Histeria, el 30.77% (4) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Desviación psicopática, el 15.38% (2) presentan niveles rango clínico de la dimensión Paranoia, el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Psicastenia, el 15.38% (2) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Esquizofrenia y el 15.38% (2) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Manía según el MMPI Mini-Mult.

- Cirugía General:

Tabla 7: Puntajes T de escalas clínicas, según el MMPI versión abreviada “Mini-mult” en los profesionales médicos de la especialidad de Cirugía del HNHU 2020.

| N° | ESPECIALIDAD | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | CIRUGÍA | 82 | 62 | 73 | 76 | 65 | 69 | 76 | 58 |
| 2 | CIRUGÍA | 70 | 58 | 49 | 50 | 50 | 36 | 48 | 58 |
| 3 | CIRUGÍA | 85 | 58 | 64 | 67 | 56 | 69 | 61 | 50 |
| 4 | CIRUGÍA | 90 | 68 | 60 | 79 | 63 | 58 | 67 | 50 |
| 5 | CIRUGÍA | 90 | 62 | 69 | 67 | 65 | 60 | 72 | 63 |

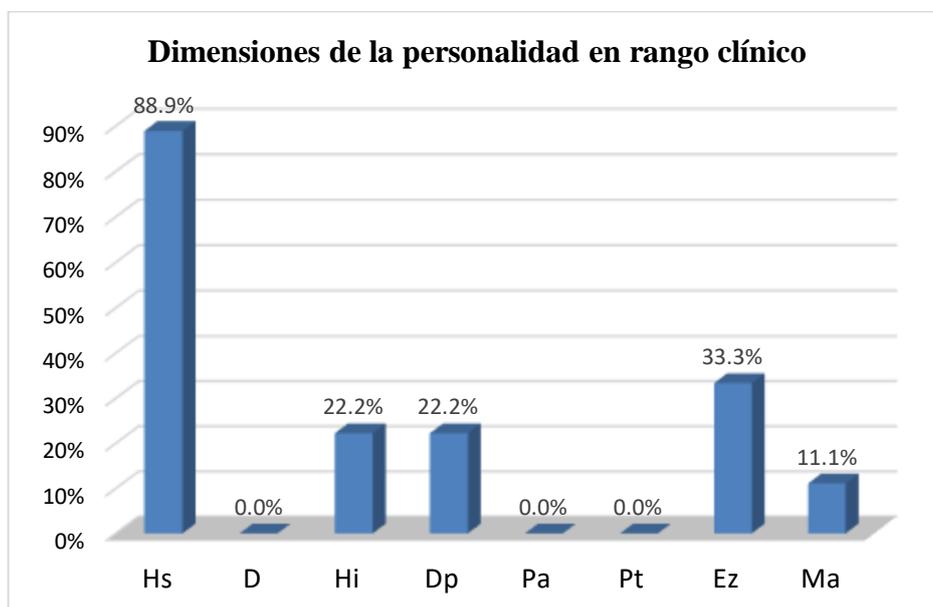
| | | | | | | | | | |
|----------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 6 | CIRUGÍA | 88 | 68 | 66 | 69 | 63 | 69 | 55 | 76 |
| 7 | CIRUGÍA | 88 | 68 | 64 | 64 | 56 | 54 | 65 | 53 |
| 8 | CIRUGÍA | 88 | 46 | 73 | 60 | 65 | 58 | 59 | 45 |
| 9 | CIRUGÍA | 92 | 58 | 60 | 69 | 65 | 62 | 72 | 65 |
| | MEDIA | 85.89 | 60.89 | 64.22 | 66.78 | 60.89 | 59.44 | 63.89 | 57.56 |

En la Tabla 5 tenemos el puntaje obtenido por 9 profesionales médicos de la especialidad de Cirugía General en cada una de las dimensiones de la personalidad evaluados con el MMPI Mini-Mult y la media obtenida en cada una de estas dimensiones.

Tabla 8: Distribución de frecuencias de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y no clínico en los profesionales médicos de Cirugía General.

| Dimensión | Rango Clínico | | Rango No clínico | |
|-----------|---------------|--------|------------------|---------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 8 | 88.89% | 1 | 11.11% |
| D | 0 | 0.00% | 9 | 100.00% |
| Hi | 2 | 22.22% | 7 | 77.78% |
| Dp | 2 | 22.22% | 7 | 77.78% |
| Pa | 0 | 0.00% | 9 | 100.00% |
| Pt | 0 | 0.00% | 9 | 100.00% |
| Es | 3 | 33.33% | 6 | 66.67% |
| Ma | 1 | 11.11% | 8 | 88.89% |

Gráfico 5: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango en los profesionales médicos de Cirugía general.



En la Tabla 8, podemos observar la frecuencia y su expresión en porcentajes de la prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron niveles de rango clínico y rango no clínico en los profesionales médicos de la especialidad de Cirugía General evaluados con el MMPI Mini-Mult.

En el Gráfico 5 observamos las prevalencias en porcentajes de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron rango clínico ($T > 70$) en los profesionales médicos. Se halló que, del 100% (9) de los profesionales médicos con especialidad en Cirugía General evaluados, el 88.89% (9) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Hipocondría, el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Depresión, el 22.22% (2) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Histeria, el 22.22% (2) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Desviación psicopática, el 0% (0) presentan niveles rango clínico de la dimensión Paranoia, el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Psicastenia, el 33.33% (3) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Esquizofrenia y el 11.11% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Manía según el MMPI Mini-Mult.

- Gineco-obstetricia:

Tabla 8: Puntajes T de escalas clínicas, según el MMPI versión abreviada “Mini-mult” en los profesionales médicos de la especialidad de Gineco-obstetricia del HNHU 2020.

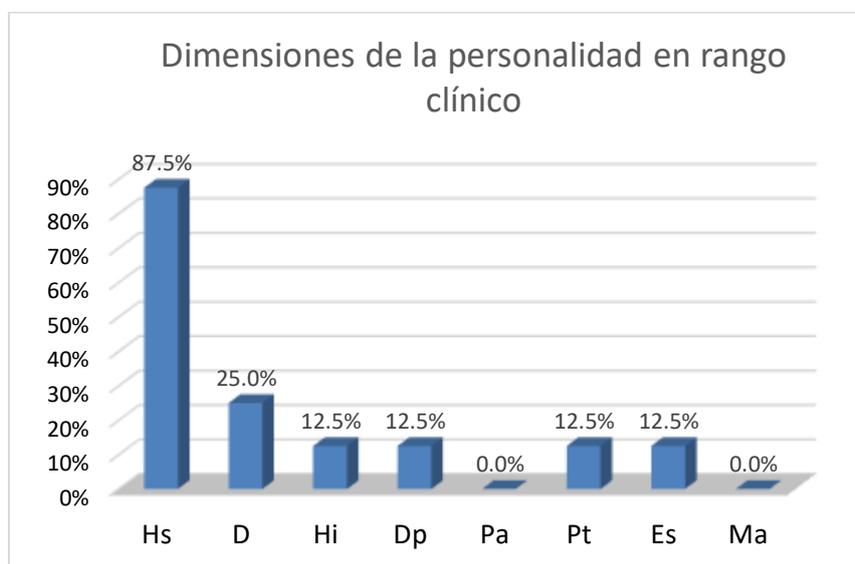
| N° | ESPECIALIDAD | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|----|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | GIN.OBST. | 85 | 104 | 84 | 71 | 70 | 95 | 72 | 60 |
| 2 | GIN.OBST. | 70 | 58 | 60 | 67 | 50 | 54 | 61 | 55 |
| 3 | GIN.OBST. | 77 | 62 | 64 | 69 | 63 | 62 | 65 | 58 |
| 4 | GIN.OBST. | 88 | 68 | 55 | 55 | 56 | 56 | 59 | 60 |
| 5 | GIN.OBST. | 76 | 68 | 60 | 53 | 56 | 52 | 46 | 55 |
| 6 | GIN.OBST. | 88 | 53 | 55 | 67 | 63 | 52 | 59 | 60 |
| 7 | GIN.OBST. | 90 | 58 | 64 | 67 | 56 | 54 | 55 | 55 |
| 8 | GIN.OBST. | 82 | 72 | 69 | 62 | 56 | 58 | 63 | 60 |
| | MEDIA | 82.00 | 67.88 | 63.88 | 63.88 | 58.75 | 60.38 | 60.00 | 57.88 |

En la Tabla 8 tenemos el puntaje obtenido por 8 profesionales médicos de la especialidad de Gineco-obstetricia en cada una de las dimensiones de la personalidad evaluados con el MMPI Mini-Mult y la media obtenida en cada una de estas dimensiones.

Tabla 9: Distribución de frecuencias de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y no clínico en los profesionales médicos de Gineco-obstetricia.

| Dimensión | Rango Clínico | | Rango No clínico | |
|-----------|---------------|--------|------------------|---------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 7 | 87.50% | 1 | 12.50% |
| D | 2 | 25.00% | 6 | 75.00% |
| Hi | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Dp | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Pa | 0 | 0.00% | 8 | 100.00% |
| Pt | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Es | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Ma | 0 | 0.00% | 8 | 100.00% |

Gráfico 6: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango en los profesionales médicos de Gineco-obstetricia.



En la Tabla 9, podemos observar la frecuencia y su expresión en porcentajes de la prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron niveles de rango

clínico y rango no clínico en los profesionales médicos de la especialidad de Gineco-obstetricia evaluados con el MMPI Mini-Mult.

En el Gráfico 6, observamos las prevalencias en porcentajes de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron rango clínico ($T > 70$) en los profesionales médicos. Se halló que, del 100% (8) de los profesionales médicos con especialidad en Gineco-obstetricia evaluados, el 87.5% (7) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Hipocondría, el 25% (2) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Depresión, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Histeria, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Desviación psicopática, el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Paranoia, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Psicastenia, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Esquizofrenia y el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Manía según el MMPI Mini-Mult.

- Pediatría:

Tabla 10: Puntajes T de escalas clínicas, según el MMPI versión “Mini-Mult” en los profesionales médicos de la especialidad de Pediatría del HNHU 2020.

| N° | ESPECIALIDAD | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|----|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | PEDIATRIA | 92 | 62 | 60 | 71 | 63 | 56 | 78 | 70 |
| 2 | PEDIATRIA | 67 | 53 | 58 | 50 | 63 | 52 | 42 | 63 |
| 3 | PEDIATRIA | 80 | 53 | 64 | 62 | 70 | 58 | 61 | 45 |
| 4 | PEDIATRIA | 92 | 58 | 69 | 74 | 65 | 66 | 73 | 48 |
| 5 | PEDIATRIA | 82 | 62 | 69 | 64 | 63 | 69 | 72 | 63 |
| 6 | PEDIATRIA | 102 | 84 | 80 | 60 | 65 | 81 | 67 | 68 |
| 7 | PEDIATRIA | 70 | 53 | 66 | 71 | 70 | 64 | 65 | 48 |
| 8 | PEDIATRIA | 92 | 62 | 69 | 74 | 63 | 62 | 73 | 48 |
| | MEDIA | 84.63 | 60.88 | 66.88 | 65.75 | 65.25 | 63.50 | 66.38 | 56.63 |

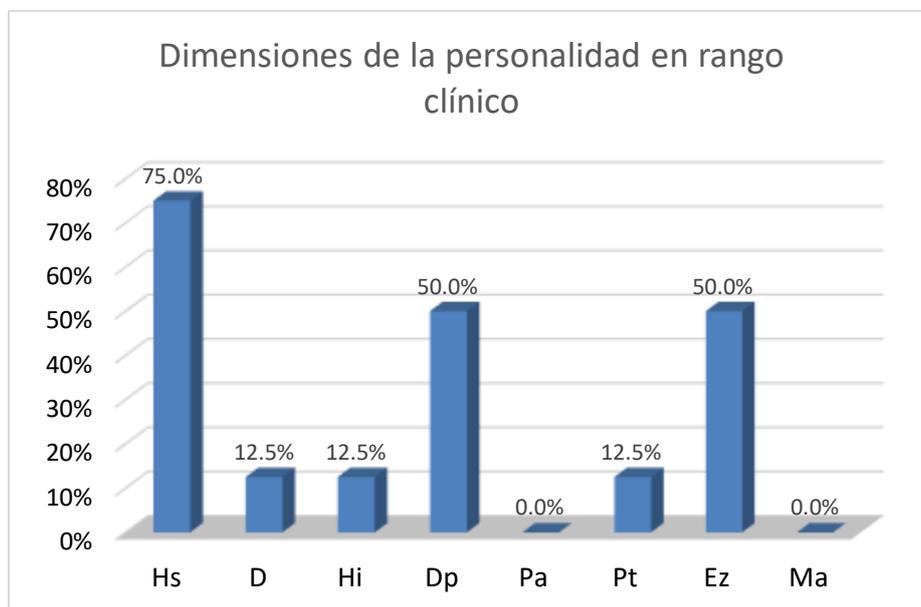
En la Tabla 10 tenemos el puntaje obtenido por 8 profesionales médicos de la especialidad de Pediatría en cada una de las dimensiones de la personalidad evaluados con el MMPI Mini-Mult y la media obtenida en cada una de estas dimensiones.

Tabla 11: Distribución de frecuencias de las dimensiones de la personalidad en rango clínico y no clínico en los profesionales médicos de Pediatría.

| Dimensión | Rango Clínico | | Rango No clínico | |
|------------------|----------------------|----------|-------------------------|----------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 6 | 75.00% | 2 | 25.00% |
| D | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Hi | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Dp | 4 | 50.00% | 4 | 50.00% |
| Pa | 0 | 0.00% | 8 | 100.00% |
| Pt | 1 | 12.50% | 7 | 87.50% |
| Es | 4 | 50.00% | 4 | 50.00% |
| Ma | 0 | 0.00% | 8 | 100.00% |

En la tabla 11, podemos observar la frecuencia y su expresión en porcentajes de la prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron niveles de rango clínico y rango no clínico en los profesionales médicos de la especialidad de Pediatría evaluados con el MMPI Mini-Mult.

Gráfico 7: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango clínico en los profesionales médicos de Pediatría.



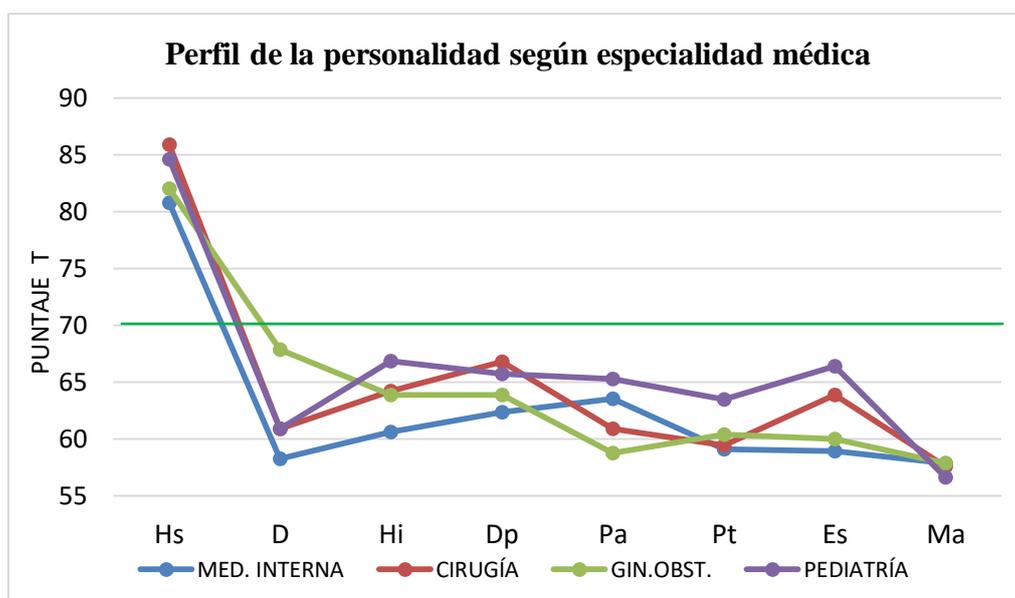
En el Gráfico 7, observamos las prevalencias en porcentajes de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron rango clínico (puntaje $T > 70$) en los profesionales médicos. Se halló que, del 100% (8) de los profesionales médicos con especialidad en Ginecología evaluados, el 75% (6) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Hipocondría, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Depresión, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Histeria, el 50% (4) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Desviación psicopática, el 0% (0) presentan niveles rango clínico de la dimensión Paranoia, el 12.5% (1) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Psicastenia, el 50% (4) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Esquizofrenia y el 0% (0) presentan niveles de rango clínico de la dimensión Manía según el MMPI Mini-Mult.

Tabla 12: Media de los puntajes T según el MMPI Mini-Mult según especialidades médicas

| ESPECIALIDAD | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| MED. INTERNA | 80.77 | 58.23 | 60.62 | 62.38 | 63.54 | 59.08 | 58.92 | 57.85 |
| CIRUGÍA | 85.89 | 60.89 | 64.22 | 66.78 | 60.89 | 59.44 | 63.89 | 57.56 |
| GIN.OBST. | 82.00 | 67.88 | 63.88 | 63.88 | 58.75 | 60.38 | 60.00 | 57.88 |
| PEDIATRÍA | 84.63 | 60.88 | 66.88 | 65.75 | 65.25 | 63.50 | 66.38 | 56.63 |

En la Tabla 12, podemos observar las medias de los puntajes T de cada una de las dimensiones de la personalidad obtenidas por las especialidades médicas de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. La dimensión hipocondría presenta puntajes más elevados en todas las especialidades alcanzando el rango clínico (puntaje $T > 70$).

Gráfico 8: Perfil de la personalidad por especialidad médica según el MMPI versión Mini-Mult.



En el Gráfico 8, podemos observar los promedios o medias de los puntajes T obtenidos en el MMPI Mini-Mult según las especialidades de Medicina interna, cirugía,

gineco-obstetricia y pediatría. Los valores de estas medias están en la Tabla 12.

Nuevamente notamos que la dimensión hipocondría presenta valores en rango clínico ($P > 70$) en las 4 especialidades médicas, mientras las demás especialidades se mantienen en valores no clínicos ($P < 70$). Observamos además que la especialidad de pediatría alcanza en general mayores índices de puntaje T en todas las dimensiones de la personalidad acercándose al punto de corte ($P = 70$) excepto en la dimensión Desviación psicopática donde la especialidad de cirugía presenta la media más elevada. Asimismo, los valores alcanzados por la especialidad de medicina interna tienden a ser más bajas en el puntaje T de las dimensiones de la personalidad.

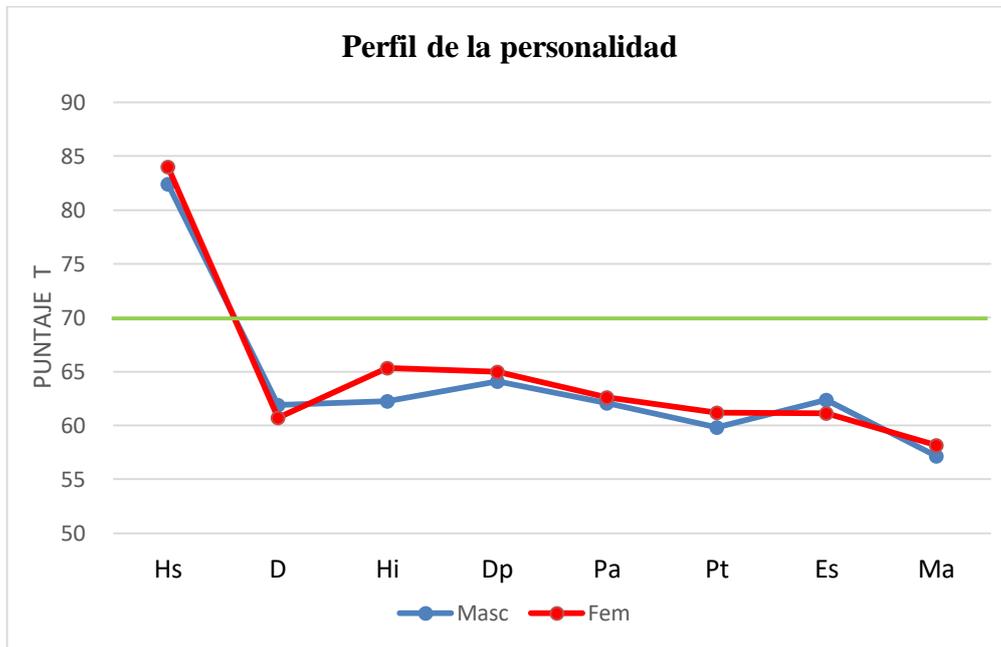
Análisis de la personalidad según el sexo:

Tabla 13: puntajes (media) de las dimensiones de la personalidad según el sexo.

| SEXO | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|-------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Masc | 82.43 | 61.91 | 62.26 | 64.09 | 62.04 | 59.83 | 62.39 | 57.13 |
| Fem | 84.00 | 60.73 | 65.33 | 65.00 | 62.60 | 61.20 | 61.13 | 58.13 |

La Tabla 13 nos muestra las medias de los puntajes T en cada una de las dimensiones de la personalidad según el MMPI Mini-Mult obtenidas por los profesionales médicos de sexo masculino y femenino.

Gráfico 13: Perfil de la personalidad según sexo en los profesionales médicos.



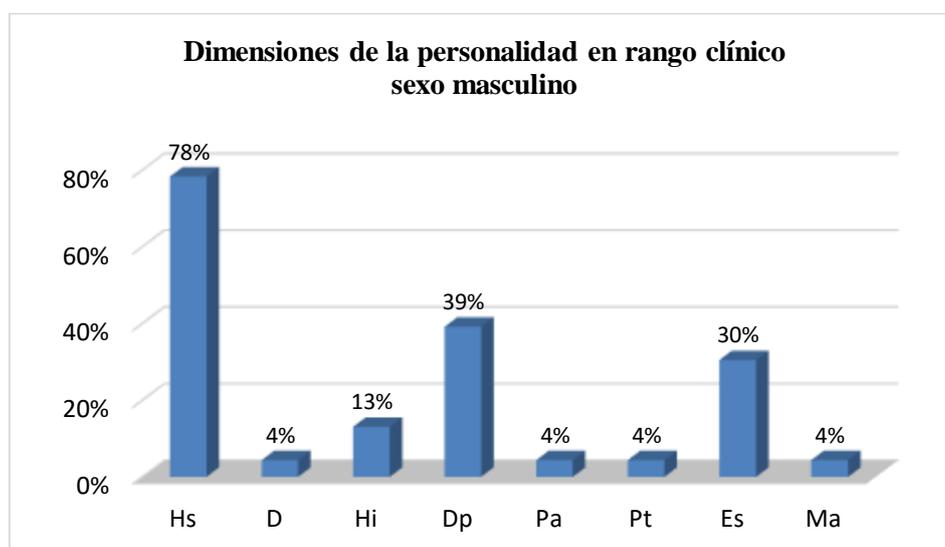
En el Gráfico 13 observamos los puntajes T en cada una de las dimensiones de la personalidad obtenidas por los profesionales médicos de sexo masculino y femenino según el MMPI Mini-Mult. Se observa que la dimensión hipocondría alcanza niveles de rango clínico (psicopatológico) con puntajes $T > 70$ en ambos sexos. Las demás dimensiones de la personalidad no alcanzan rango clínico. Es de notar que en general, el sexo femenino en los profesionales médicos alcanzó puntajes superiores a los hombres en casi todas las dimensiones de la personalidad excepto en la dimensión depresión (Hombres: 61.91; Mujeres: 60.73) y en la dimensión esquizofrenia (Hombres: 62.39; Mujeres: 61.13).

Tabla 14: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad con rango clínico

| Dimensión | SEXO MASCULINO | | SEXO FEMENINO | |
|-----------|----------------|-----|---------------|-----|
| | n=23 | | n=15 | |
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Hs | 18 | 78% | 13 | 87% |
| D | 1 | 4% | 2 | 13% |
| Hi | 3 | 13% | 2 | 13% |
| Dp | 9 | 39% | 2 | 13% |
| Pa | 1 | 4% | 1 | 7% |
| Pt | 1 | 4% | 1 | 7% |
| Es | 7 | 30% | 3 | 20% |
| Ma | 1 | 4% | 2 | 13% |

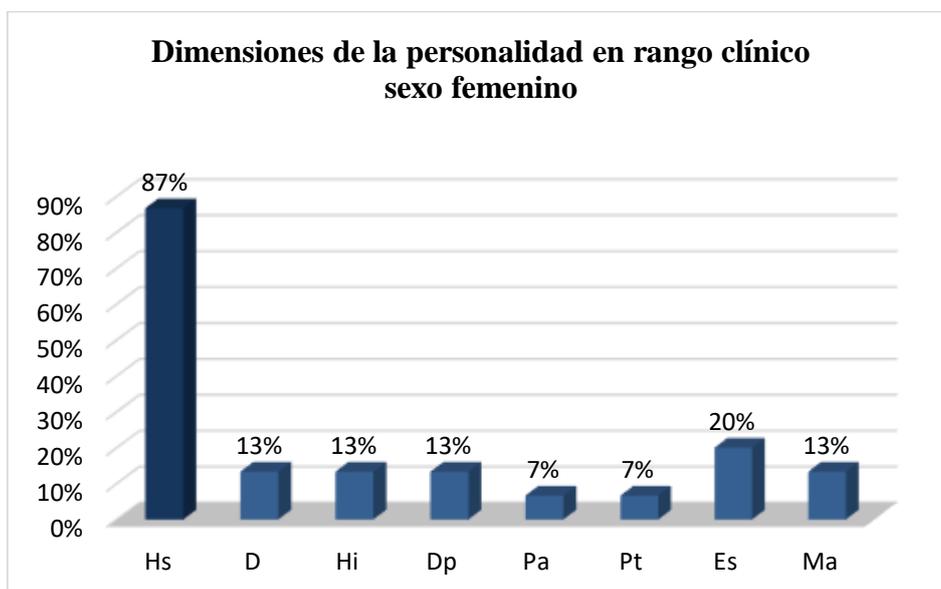
En la Tabla 14, podemos observar la frecuencia y prevalencia de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron el rango clínico (puntaje T >70) en sexo masculino y femenino de los profesionales médicos del HNHU según el MMPI Mini-Mult. Debemos recordar que la muestra consiste en 23 profesionales médicos de sexo masculino y 15 de sexo femenino.

Gráfico 14: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad con rango clínico en sexo masculino.



En el Gráfico 14, nos muestra el porcentaje de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron el rango clínico (puntaje T > 70 pts) en los profesionales médicos de sexo masculino (23) evaluados con el MMPI Mini-Mult. Observamos que, en la dimensión Hipocondría, del 100% (23) de los profesionales médicos varones, el 78% (18) alcanzaron el rango clínico, constituyendo notablemente como la dimensión de la personalidad en rango clínico con mayor prevalencia. A continuación, le sigue la dimensión Desviación Psicopática en rango clínico presente en el 39% (9) de los profesionales médicos varones evaluados; luego tenemos a la dimensión Esquizofrenia en rango clínico presente en el 30% (7) de los profesionales médicos varones evaluados. le siguen la dimensión Histeria presente en el 13% (3). Por último, tenemos a las dimensiones en rango clínico Depresión, Paranoia, psicastenia y manía cada una presente en el 4% (1) de los profesionales médicos varones evaluados con el MMPI Mini-Mult.

Gráfico 15: Prevalencia de las dimensiones de la personalidad con rango clínico en sexo femenino.



En el Gráfico 15, nos muestra el porcentaje de las dimensiones de la personalidad que alcanzaron el rango clínico (puntaje $T > 70$ pts) en los profesionales médicos de sexo femenino (15) evaluados con el MMPI Mini-Mult. Observamos que, en la dimensión Hipocondría, del 100% (15) de los profesionales médicos mujeres, el 87% (13) alcanzaron el rango clínico, constituyendo notablemente como la dimensión de la personalidad en rango clínico con mayor prevalencia. A continuación, le sigue la dimensión Esquizofrenia en rango clínico presente en el 20% (3) de los profesionales médicos mujeres evaluadas; luego tenemos a las dimensiones con rango clínico como Depresión, Histeria, Desviación Psicopática y Manía cada una de las cuales alcanza el 13% (2) de las profesionales evaluadas. Finalmente, las dimensiones de la personalidad en rango clínico Paranoia y Psicastenia alcanzan cada una de ellas un 7% (1) de los profesionales médicos evaluadas con el MMPI Mini-Mult.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los profesionales médicos están sometidos durante su formación a factores estresores inherentes a su profesión como una alta exigencia académica y un entorno altamente competitivo, pero también a otros factores como figuras de autoridad, maltrato y abuso al estudiante de medicina. En su paso por el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS), la residencia y el ejercicio de la especialidad médica los factores estresores continúan presentes por factores diversos como largas jornadas de trabajo, mala calidad del sueño y la alta responsabilidad que la profesión exige. Todo lo anterior afecta la salud mental del facultativo como lo han revelado múltiples estudios.

Lo anterior, sumado a otros factores estresantes, múltiples empleos, fatiga, temor de cometer errores, condiciones de salud crónica, disminución del autocuidado son rasgos de la profesión médica, que pueden contribuir al estrés profesional (Mingote, 2013).

En el presente estudio se busca encontrar los rasgos de la personalidad del profesional médico según el MMPI versión Mini-Mult de 71 ítems el cual evalúa las 8 dimensiones de la personalidad (escalas clínicas). Se encontró que las dimensiones de la personalidad (en rango clínico) más representadas en los profesionales médicos fueron hipocondría (81.58%), desviación psicopática 28.95% y esquizofrenia (26.32%)

Resultados similares fueron hallados por López y Arias (2005) quienes investigaron la personalidad de los profesionales médicos postulantes a la residencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en los años 1997-1999 utilizando el mismo instrumento, encontraron que los rasgos más resaltantes fueron esquizofrenia (54.5%), hipocondría (41.3%) y desviación psicopática (12.4%); es decir, los mismos tres rasgos psicopatológicos, pero con diferente porcentaje de prevalencia. Se debe agregar que el punto de corte utilizado en su investigación en el puntaje T del MMPI Mini-Mult fue de 80 y en nuestra

investigación fue de 70. Por otro lado Arias (2007) en una investigación a los profesionales médicos postulantes a la residencia de la UPCH en el primer trimestre del año 2006 utilizando el MMPI versión Mini-Mult de 82 ítems halló que los rasgos psicopatológicos más frecuentes fueron la desviación psicopática (57,3%); hipocondría (25,0%); histeria (23,7%); y, depresión-ansiedad (18,2%) ; sin embargo, hasta el 43,7% de los postulantes, sea por negar alteraciones o por manifestar falsos positivos, obtuvo una baja puntuación en la escala F de validez que se traduce en baja fiabilidad por lo que sus resultados deben ser tomados con reserva. No obstante, se concluye que destaca el rasgo de desviación psicopática que denota a personas con actitudes antisociales y que potencialmente no consideran los medios para alcanzar sus objetivos, así los médicos estarían actuando con cierto cinismo, así como con cierta capacidad de manipular su evaluación. Es importante añadir que la dimensión depresión en nuestro estudio señaló una prevalencia de solo 7.89% mientras son múltiples los estudios que nos hablan de una mayor prevalecía en los profesionales médicos; así, en un meta-análisis, se estimó que la prevalencia de depresión es de aproximadamente entre 27 y 29%, entre estudiantes de medicina y residente respectivamente y puede ser hasta del 60% entre médicos en ejercicio de su profesión. (Seelbach, 2013).

En nuestra investigación el rasgo de la personalidad que destacó notablemente por su mayor puntuación fue la dimensión Hipocondría con una media de 83.05 el cual se encuentra en un rango clínico (puntaje $T > 70$), seguido de la dimensión desviación psicopática (64.45) y la dimensión histeria (63.47) lo que manifiesta una intensa preocupación por la salud y la tendencia a experimentar síntomas físicos como resultado de conflictos psíquicos (somatización).

Estos datos coincidieron parcialmente con Ríos (2013) quien en un estudio a profesionales médicos de México que postulaban a realizar la residencia obtuvo que destacó en forma notable la dimensión depresión (60.1), seguido de la dimensión histeria (59.2) en el que aplicó la primera versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

En la presente investigación se halló que el rasgo de la personalidad en rango clínico (puntaje $T > 70$) más prevalente en ambos sexos fue la hipocondría (87% en mujeres y 78% en hombres), en el sexo masculino destacó además la desviación psicopática (39%) y la esquizofrenia (30%) y en el sexo femenino además la dimensión esquizofrenia (20%). Estos resultados difieren de lo descrito por Galán-Rodas (2011) evaluó a 493 médicos que realizan el Servicio rural urbano marginal en salud (SERUMS) encontró que 26% de las mujeres y 14,5% de los varones puntuaron en el rango de depresión.

Las puntuaciones de las 8 dimensiones de la personalidad según el sexo obtenidas en nuestra investigación demostraron que en general existen valores más elevados en los profesionales médicos de sexo femenino excepto en la dimensión depresión (hombres: 61.91 y mujeres: 60.73) y en la dimensión esquizofrenia (hombres: 62.39 y mujeres: 61.13). La puntuación de la dimensión hipocondría alcanzó rango clínico en ambos sexos (mujeres: 84 y hombres: 82.43). Resultados diferentes fueron obtenidos por Ríos (2013) aplicando el MMPI en su primera versión donde las puntuaciones de las 8 dimensiones de la personalidad fueron más altas en general en el sexo masculino. La puntuación más alta en ambos sexos fue la escala depresión (hombres: 61.7; mujeres: 55.2), la escala hipocondría (hombres: 52.4; mujeres: 49.9) y en la escala psicastenia (hombres: 51.3; mujeres: 47.9).

En nuestro estudio evaluamos la prevalencia de las dimensiones de la personalidad en rango clínico (puntaje $T > 70$) en los profesionales médicos según sus especialidades, se halló que la dimensión hipocondría tuvo la mayor prevalencia en todas las especialidades siendo en cirugía (88.89%), Gineco-obstetricia (87.5), medicina interna (76.92%) y pediatría (75%). Seguidamente, la prevalencia de la dimensión desviación psicopática fue más alta en pediatría (50%), le siguieron medicina interna (30.77%), cirugía (22.22%) y gineco-obstetricia (12.5%). En el caso de la dimensión esquizofrenia la prevalencia fue más alta en pediatría (50%), le siguió cirugía (33.33%), medicina interna (15.38%) y gineco-obstetricia (12.5%). Estos hallazgos son diferentes a los encontrados por López y Arias (2005) quienes usando el mismo instrumento (MMPI versión Mini-Mult) evaluó a médicos que postulaban a la residencia de la UPCH hallando que la dimensión esquizofrenia tuvo la mayor prevalencia en todas las especialidades siendo en cirugía (60%), medicina interna (48.52%), pediatría (45.9%) y gineco-obstetricia (44,8%). La siguiente dimensión con mayor prevalencia fue la hipocondría siendo más alta en cirugía (52%), les siguió gineco-obstetricia (39.6%), medicina interna (35.78%) y pediatría (34.48%).

En una comparación de las medias de los puntajes T de las dimensiones de la personalidad en las diferentes especialidades médicas nuestro trabajo encontró que la especialidad de pediatría obtuvo los índices más altos en general y que la dimensión hipocondría se destacó notablemente en todas las especialidades ya que fue la única que alcanzó un nivel clínico es decir psicopatológico (puntaje $T > 70$). En el caso de la dimensión desviación psicopática la especialidad de cirugía alcanzó niveles más elevados sobre las demás especialidades. la investigación sobre la personalidad de profesionales médicos con especialidad es escasa; sin embargo, Pegrum (2015) en Inglaterra realizó un estudio de los rasgos de la personalidad de los profesionales

médicos especialistas en pediatría, cirugía, anestesiología/cuidados intensivos, psiquiatría y radiología utilizando el Inventario de la Personalidad Psicopática en su forma abreviada (IPP-SF) encontró que los cirujanos y los pediatras fueron los individuos con mayor puntuación plantea sin embargo que es discutible si estos rasgos se seleccionan en los estudiantes de medicina a medida que suben en la carrera profesional o se adquieren como mecanismo de defensa. Al respecto, Perales (2018) en un estudio de la personalidad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos halló que un total de 33 (19%) de 175 estudiantes resultaron positivos a la escala de indicadores de conducta antisocial en la primera medición. Cabe mencionar que el autor considera las denominaciones de psicopatía, trastorno disocial de la personalidad, trastorno antisocial-psicopático de la personalidad y personalidad sociopática como referidas a un mismo concepto nuclear.

VI. CONCLUSIONES

- En este trabajo se determinó que el rasgo de personalidad más prevalente en los profesionales médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020 es la Hipocondría.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia de la escala Hipocondría con rango clínico fue de 81.58% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia de la escala Depresión con rango clínico fue de 7.89% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia de la escala Histeria con rango clínico fue de 13.16% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia en la escala Desviación Psicopática con rango clínico fue de 28.95% según el “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia en la escala de Paranoia con rango clínico fue de 5.26% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se encontró que la prevalencia en la escala Psicastenia con rango clínico fue de 5.26% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.

- En este trabajo se determinó que la prevalencia en la escala Esquizofrenia con rango clínico fue de 26.32% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se determinó que la prevalencia de la escala Manía con rango clínico fue de 7.89% según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se encontró que el rasgo de personalidad más prevalente en el sexo femenino fue la Hipocondría y en el sexo masculino fueron Hipocondría, Desviación psicopática y Esquizofrenia, según el MMPI versión “Mini-Mult”, en los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.
- En este trabajo se encontró que el rasgo de personalidad más prevalente con rango clínico fue la Hipocondría en todas las especialidades médicas, según el MMPI versión Mini-Mult de los profesionales médicos del HNHU en el año 2020.

VII. RECOMENDACIONES

- Es importante reconocer que los profesionales médicos residentes y especialistas son afectados emocionalmente por las situaciones propias del ejercicio diario de la profesión, a lo que debemos añadir los diversos eventos de su vida personal, lo cual sin duda se manifiesta en las psiquis y tendrá un impacto real en el trato a los pacientes, así como del desempeño de la misma práctica médica.
- Se recomienda realizar nuevas investigaciones en los profesionales médicos post estado de emergencia dado por la pandemia del covid-19 y ampliar la investigación en otros hospitales a fines comparativos, aumentar la muestra e incluir otras especialidades médicas como psiquiatría, anestesiología, medicina intensiva y medicina de emergencias y desastres ya que la bibliografía sugiere prevalencias elevadas de psicopatología, factores estresantes laborales y la temática del suicidio en dichos profesionales médicos.
- Resulta importante establecer evaluaciones periódicas a los profesionales médicos que busquen posibles rasgos psicopatológicos a fin de hacer un abordaje articulado y adaptado a las circunstancias del ámbito médico. Los test autoinformados son una buena herramienta para lograr un primer tamizaje para luego, en una segunda evaluación, realizar un abordaje con entrevista personalizada.
- Es importante romper las brechas que impiden al profesional médico a la búsqueda de ayuda profesional en caso necesite encontrarla. Se conoce que estos están relacionados al estigma social y el estigma en el propio ámbito médico, la falta de tiempo, el problema de autoimagen y cambio de roles que supone el hecho que un médico pueda verse a sí mismo como un paciente, temor a perder su puesto de trabajo, etc.

VIII. REFERENCIAS

- Adams,D.(1954).*The anatomy of personality*. Garden City, Nueva York: Doubleday.
- Alcázar, M. A., Verdejo, A. y Bouso, J. C. (2008). La neuropsicología forense ante el reto de la relación entre cognición y emoción en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 47. pp. 607-612
- Allport, (1961). *Pattern and growth in personality*. NuevaYork: Holt.
- Alvarado, J. y Manrique, E. (julio-setiembre, 2019). Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* . (vol.51, N°3). pp.194-196.
- American Psychiatric Association (APA).(2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Asociacion Americana de Psiquiatría (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*. Washington, DC: APA.
- Arias, J. (2007). *Veracidad de las respuestas en las evaluaciones psicológicas de los postulantes al Residencia Médico*. Revista de la sociedad peruana de medicina interna. Vol.20 (3) p.101.
- Baldassin,S., Ferraz,T., Guerra,A., Nogueira-Martins,LA.(2008). The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*.(N° 8). p 60.
- Breger, L. (2000). *Freud: Darkness in the midst of vision*. Nueva York: Wiley
- Bruce,CT., Sanger, MM., Thomas, PS. et al. (2003). Factors affecting female or male consultant stress in an Australian teaching hospital. *Med J*.; Vol 179(1). pp.174–175.
- Cattell, R. (1965,1970). *The scientific analysis of person-ality*. Baltimore: Penguin Books.

- Cleckley, H. *The Mask of Sanity*. (1988).Fifth edition. Georgia. Disponible en:
http://cassiopaea.org/cass/sanity_1.PdF
- Delgado,A., Saletti-Cuesta,L., López-Fernández,LA., Toro-Cárdenas,S. (2013). Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gac Sanit.* 27(6). pp.508-515.
- Dunn, L., Iglewicz, A., Moutier, L. (January-February,(2008). A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*. (Nº32). pp. 44-53.
- Erikson, (1959). “Identity and the life cycle: Selectedpapers.” *Psychological Issues*, 1 (monograph 1).
- Erikson, (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York:Norton.
- Eysenck y Eysenck, S. (1963). *Eysenck Personality In-ventory*. San Diego, CA: Educational and IndustrialTesting Service.
- Eysenck, (1990). “*Biological dimensions of persona-lity*.” En L. A. Pervin (ed.), *Handbook of personality:Theory and research*. Nueva York: Guil-ford Press. pp. 244-276).
- Eysenck, H.J.(1994).*Normality-abnormality and the three-factor model of personality*. En: S. Strack y M. Lorr. (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.
- Frank, E., Carrera, JS., Stratton, T., Bickel, J., Nora, LM.(Sep. 2006). Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ (Clinical Research ed.)*.333(7570):682.
- Freud, (1925). “An autobiographical study.” *En Standard edition* (vol. 20). Londres: Hogarth Press.

- Galán-Rodas, E., Gálvez-Buccollini, J.A., Vega-Galdós, Favio, Osada, Jorge, Guerrero-Padilla, D., Vega-Dienstmaier, J., Talledo, L., Catacora, M., & Fiestas, F. (2011). Salud mental en médicos que realizan el servicio rural, urbano-marginal en salud en el Perú: Un estudio de línea base. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, (N°28(2)), pp.277-281.
- Hare, R. D. (1990b). *The Hare Psychopathy Checklist –Revised*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A.E. Hart, S.D. y Newman, J.P. (1990a). The Revised Psychopathy Checklist: Descriptive statistics, reliability, and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2. p.p.338-34.
- Heaven, P. & Ciarrochi, J. (2006). “*Perceptions of parental styles and Eysenckian psychoticism in youth.*” *Personality and Individual Differences*, 41, pp. 61-70.
- Henderson, M., Brooks, S., Del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. & Hotopf, M. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ*; 2 (5), pp: 1–8
- Jung, (1927). “*The structure of the psyche.*” En *Collected Works* (vol. 8, pp. 139- 158). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, (1930). “*The stages of life.*” En *Collected Works* (vol. 8, pp. 387-403). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, (1947). “*On the nature of the psyche.*” En *Collected Works* (vol. 8, pp. 159-234). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, (1953). *Two essays on analytical psychology*. Nueva York: Pantheon.
- Jung, C. (1928). “On psychic energy.” En *Collected works* (vol. 8, pp. 3-66). Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Kincannon, James C. (2008). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI. Versión Mini Mult.* Madrid: TEA ediciones.
- Krüll, M. (1986). *Freud and his father.* Nueva York: Norton.
- Lopez-Arias. (2005) *Personalidad de los postulantes a la residencia de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.* Revista Médica Herediana. 16. (Suppl 1):40.
- Maida, A., Herskovic, V., Pereira, A., Salinas-Fernández, L., Esquivel, C. (2006). Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile.* 2006; 134: 1516-1523.
- Mingote, J.C., Crespo, D., Hernández, M., Navío, M., García, C.R. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab.* 59(231). pp. 176-204.
- Muñoz, J. J., Navas, E. y Fernández, S. (2003). Evidencias de alteraciones cerebrales, cognitivas y emocionales en los psicópatas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3, 59-84.
- Murray, R.M. (1974). Psychiatric illness in doctors. *Lancet.* 1(7868). pp.1211-1213.
- Pegrum, J; Pearce, O. A stressful job: are surgeons psychopaths?. (September 2015). *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England.* 97(8). pp.331-334.
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Mendoza, A. et al. (2018). Conducta y personalidad disociales en estudiantes de medicina: implicancias para la educación médica peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(3), pp.238-243.
- Pozueco, J.M., Romero Guillena, S.L., y Casas, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense.* 17(4).pp.175-192.

- Ríos, B. (noviembre-diciembre, 2013). Rasgos de personalidad de los residentes de Cardiología y áreas afines. *Medicina Interna de México*. Vol 29, núm. 6.
- Robinson, F. G. (1992). *Love's story told: A life of Henry A. Murray*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Santa-María, A. (2013). *Salud Mental en Estudiantes de Medicina y su Relación con Factores Socio-Académicos*. Trabajo presentado para la obtención del grado de Doctora en Psiquiatría. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, departamento de Psiquiatría.
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. Tlalnepantla, México: Tercer Milenio.
- Sigerist, H. J.(1996). *Public Health Policy*. (Nº17). pp. 204-234.
- T'Sarumi,O. (2018). Physician Suicide: A silent Epidemic. *Reunión Anual de la American Psychiatric Association (APA) 2018*. Presentado el 5 de mayo de 2018; Nueva York, Estados Unidos. pp.1-227.
- Vargas-Terreza,B; Moheno-Kleeb,V; Cortés-Sotrescy,J.; Heinze-Martin,G. (octubre-Dic, 2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación educ. médica* (Vol. 4. Nº 16).p.p.229-235.
- Waring, EM. (1974). Psychiatric illness in physicians: a review. *Compr Psychiatry*. 15(6). pp.519-530.
- Watson, D.C., Clark, L.A. y Harkness, A.R. (1994). *Structures of personality and their relevance to Psychopathology*. *Journal of abnormal Psychology*, 103(1). pp. 18-31.

IX.ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he recibido información clara y a mi plena satisfacción sobre el estudio Rasgos de la personalidad en los Profesionales Médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020, cuyo autor es Huertas cercado, Jimmy Groveer, en el que voluntariamente quiero participar.

Declaro:

- Haber comprendido la información brindada al participante sobre el estudio citado.
- He tenido el tiempo y la oportunidad de hacer preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi plena satisfacción
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos los cuales serán tomados de forma completamente anónima.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo y por cualquier razón.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Lima, Marzo del 2020.

.....

Firma del participante

.....

Huertas Cercado, Jimmy G.
(investigador)

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO DEL MMPI-MINIMULT

MINIMULT

INSTRUCCIONES

Ud. Encontrará en este folleto, una serie de frases. Lea cada una atentamente e indique, con una X, una C ó F en el espacio correspondiente de la hoja de respuesta, si en su caso la frase es cierta (C) o falsa (F).
Trate de ser sincero(a) consigo mismo y use su propio criterio.
Si le es posible no deje de contestar ninguna de las frases.

54. A veces siento que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
55. Rara vez noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración.
56. Me molesto con facilidad pero se me pasa pronto.
57. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
58. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que deberían.
59. A nadie le importa mucho lo que me sucede.
60. No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
61. A veces estoy lleno de energía.
62. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
63. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
64. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándose.
65. Tengo épocas en la que me siento muy alegre sin tener una razón especial.
66. Aún cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.
67. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
68. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
69. Durante ciertos períodos, mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
70. La gente me desilusiona con frecuencia.
71. He bebido alcohol en exceso. (En caso de contestar afirmativamente, responda lo siguiente.)
 - a. Siento remordimiento luego de estar tomando.
 - b. La eficiencia en mi trabajo disminuye por efecto de la bebida.
 - c. El tomar o ingerir alcohol crea algún tipo de dano en mi familia.
 - d. Disminuyo o pierdo el control por efecto de la bebida.
 - e. Siento temblores a no ser que continúe bebiendo.

**REVISE SI HA RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS.
GRACIAS.**



ANEXO N° 3

CUESTIONARIO DEL MMPI-MINIMULT

29. Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.
30. Creo que están conspirando contra mí (cuando se unen varias personas contra alguien)
31. La mayor parte de la gente se valen de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
32. Sufro mucho de trastornos estomacales.
33. A menudo, no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.
36. Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.
37. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
38. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
39. Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.
40. Nunca me he sentido mejor que ahora.
41. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
42. Mi memoria parece ser buena.
43. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
44. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
45. Muy pocas veces me duele la cabeza.
46. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
47. No me agradan todas las personas que conozco.
48. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
49. Debería no ser tan tímido.
50. Creo que mis pecados son imperdonables.
51. Conocientemente me encuentro preocupado por algo.
52. Con frecuencia, mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbro a salir.
53. A veces murmuro o chismeo de la gente.

1. Tengo buen apellido.
2. Me despierto descañado y fresco casi todas las mañanas.
3. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
4. Trabajo bajo una tensión muy grande.
5. De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.
6. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
7. A veces e sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.
8. A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.
9. Sufro ataques de náuseas y de vómitos.
10. Nadie parece comprenderme.
11. A veces siento deseos de maldecir.
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
15. Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.
16. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
17. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.
18. Mi sueño es irregular e intranquilo.
19. Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
21. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
22. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.
24. Algunas veces me enoja.
25. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
26. Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.
28. Casi siempre son felices.

ANEXO N° 4

HOJA DE RESPUESTAS DEL MMPI-MINIMULT

MINI MULT. ESCALA MMPI

ESPECIALIDAD:

RESIDENTE O ASISTENTE :

EDAD:

SEXO:

FECHA:

| N° | C | F |
|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| 1 | | | 11 | | | 21 | | | 31 | | | 41 | | | 51 | | | 61 | | |
| 2 | | | 12 | | | 22 | | | 32 | | | 42 | | | 52 | | | 62 | | |
| 3 | | | 13 | | | 23 | | | 33 | | | 43 | | | 53 | | | 63 | | |
| 4 | | | 14 | | | 24 | | | 34 | | | 44 | | | 54 | | | 64 | | |
| 5 | | | 15 | | | 25 | | | 35 | | | 45 | | | 55 | | | 65 | | |
| 6 | | | 16 | | | 26 | | | 36 | | | 46 | | | 56 | | | 66 | | |
| 7 | | | 17 | | | 27 | | | 37 | | | 47 | | | 57 | | | 67 | | |
| 8 | | | 18 | | | 28 | | | 38 | | | 48 | | | 58 | | | 68 | | |
| 9 | | | 19 | | | 29 | | | 39 | | | 49 | | | 59 | | | 69 | | |
| 10 | | | 20 | | | 30 | | | 40 | | | 50 | | | 60 | | | 70 | | |

| | L | F | K | Hs | D | Hi | Dp | Pa | Pt | Es | Ma |
|--------|---|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|
| PD | | | | | | | | | | | |
| (K) | | | | | | | | | | | |
| PD + K | | | 5 | | | | 4 | | 1 | 1 | 2 |
| PE | | | | | | | | | | | |
| PT | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| 71a | |
| 71b | |
| 71c | |
| 71d | |
| 71e | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| K | 5 | 4 | 2 |
| | | | |

| |
|-------------|
| COMBINACION |
| |