

ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD EN DOS GRUPOS DE RESIDENTES EN ANESTESIOLOGÍA

*JORGE HUMBERTO BRETÓN-MÁRQUEZ
**VICTORIA ZÚÑIGA-OCEGUERA
***LUIS PÉREZ-TAMAYO
****MANUEL LEDEZMA-RAMÍREZ

RESUMEN

Se efectuó un estudio preliminar de rasgos de personalidad en médicos residentes de Anestesiología. Se analizaron 60 residentes, 28 R1 y 32 R2, divididos por sexos y 60 pacientes.

Se aplicaron tres tipos de cuestionarios: M.M.P.I., Cuestionario para funciones del residente y cuestionario para el paciente, con un total de 180 cuestionarios (39,060 reactivos).

Las respuestas manejaron tres categorías: Afirmativa (+), Negativa (—) y Omisión (O).

El M.M.P.I. reportó normalidad y sujetos normales con necesidad de mecanismos defensivos en más del 65%. Hubo tendencia de rasgos depresivos como predominantes (34%), significado de alteraciones en la Triada Neurótica (Hs, D, Hi). Se comprobó la tendencia de rasgos en la Tétrada Psicótica (Pa, Pt, Es, Ma).

Los resultados mostraron diferencias significativas de las funciones médicas en la relación médico-paciente del R2 con respecto al R1.

El grupo de pacientes refirió ascendencia positiva y mayor confianza al R2.

Se comprobó el temor hacia los métodos y técnicas anestésicas referido como conciencia de enfermedad del paciente. No se refirió temor hacia el acto quirúrgico.

Se propone aplicar medidas de higiene mental en el transcurso de la formación profesional del especialista.

Nuestro estudio se enfocó estrictamente a las condiciones actuales de los sujetos estudiados.

Palabras clave: Personalidad; cambios de conducta en residentes médicos.

SUMMARY

A preliminary study of the characteristics of personality in medical residents in anesthesiology was made.

Sixty residents, 28 R1 and 32 R2, Participated. Sixty patients of various ages of both sexes were included.

There types of questionaries were applied: M.M.P.I., a questionnaire for the resident functions and a questionnaire for the patient. There were 180 questionaries (39,060 questions).

The answers were divided into three groups: Affirmative (+), Negative (—) an Omission (O).

The M.M.P.I. reporte normality and normal medical residents with defensive needs in more than 65%. A tendency towards depressive characteristics as a predominant factor (34%) was present, as significant disturbance in the neurotic scale (Hs, D, Hi). Also an inclination in the characteristics of the psychotic scale (Pa, Pt, Es, Ma), were noted.

The results showed significant differences in the doctor-patient relationship for the R2 in comparison with the R1.

The patients noted positive ascendancy and more confidence for the R2.

The fear of the anaesthetic procedure and techniques, the so-called sickness conscience of the patient was always present. No fear to the surgical procedure was present.

We propose the application of Mental Hygienic Rules during the professional formation of the medical specialist.

Our study was performed strictly within the actual conditions of the medical residentes studied.

Key words: Personality; behavior changes in medical residentes.

*Médico Becario en Anestesiología.

**Departamento de Psicología.

***Jefe del Departamento de Anestesiología.

****Médico Nefrólogo.

Recibido: 30 de enero de 1984. aceptado: 30 de junio de 1984.

Departamentos de Anestesiología y Psicología. Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". IMSS.

Sobretiros: Luis Pérez Tamayo. Departamento de Anestesiología. Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". Jacarandas y Calzada Vallejo. México, D.F. C.P. 02990.

EN general, la visita preanestésica debe satisfacer dos objetivos fundamentales: 1º, establecer una relación médico-paciente adecuada y 2º, evaluar clínica y psicológicamente al paciente para que, con base en la información obtenida, se establezca el Riesgo Anestésico-Quirúrgico (R.A.Q.) y se haga la selección del método, técnica, agentes anestésicos y medicamentos coadyuvantes.

Investigadores psiquiatras tales como Kaufmann,¹ desarrollaron las teorías que en la actualidad constituyen el fundamento de la Relación Médico-paciente. Por otro lado, Balint, logró conjuntar y aplicar las diversas teorías del médico general.

Posteriormente, Kolb² y Cornish destacaron que: "la mente influye en forma importante sobre el funcionamiento corporal y determina, ya sea las disfunciones orgánicas o sistémicas y/o bien, influyendo en la evolución de procesos patológicos diversos aparte se ha comprobado que los conflictos psicológicos son tan efectivos para alterar la función de un órgano, como lo hacen los microorganismos o las toxinas³. Los autores emocionados, consideran que en el origen de las enfermedades se encuentra un fondo emocional en un porcentaje que varía entre el 6 y el 80%. Se ha demostrado que a través de su personalidad, el médico influye en el enfermo por medio de una interacción dinámica en la que intervienen factores de autoridad, transferencia, dependencia, sugestión, de catarsis y de apoyo emocional. De la personalidad y capacidad del médico para comprender los elementos dinámicos en juego y su relación con el paciente, va a depender su habilidad para identificar el elemento psicológico a través de síntomas y signos e influir sobre el equilibrio orgánico⁴.

Estos conceptos son aplicables al Médico Anestesiólogo y sobre todo en lo que se refiere a la visita preanestésica.

De acuerdo a Solomon⁵ el aspecto psicológico se manifiesta tanto en las actitudes del médico como en las del paciente, en relación a sus propios patrones de personalidad.

Durante el desarrollo de una entrevista médica, los participantes manifiestan sus propios patrones de personalidad y se expresan mediante el componente psicomotriz, en su esfera intelectual y afectiva; fenómeno que se observa tanto en el ambiente privado como en el institucional. Al ser creadas las instituciones oficiales de salud y en forma paralela, con la explosión demográfica, se incrementó la demanda de atención médica en forma extraordinaria y en consecuencia, el factor tiempo adquirió preponderancia; el médico se convirtió en un instrumento de atención y el paciente en un conjunto de signos y síntomas. Con base a esto "nace" la terapéutica estandarizada y se generaliza "despersonalización" del médico y del paciente.⁶

Tomando en cuenta que la personalidad constituye un factor importante que influye de manera especial,

tanto en el médico familiar como en el especialista (en este caso el Anestesiólogo), se consideró de interés estudiar la personalidad en dos grupos de Médicos Residentes en Anestesiología; investigar la importancia que dá el médico becario (R1 y R2) a sus actividades, con énfasis en la visita pre-anestésica y establecer la influencia de dicha personalidad sobre la respuesta positiva o negativa del paciente. Por otro lado, se consideró importante valorar en forma simultánea el concepto y opinión de los pacientes, respecto a la personalidad de los médicos anestesiólogos.

MATERIAL Y METODO

Se incluyeron en el estudio 60 Médicos Residentes de Anestesiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", I.M.S.S., 28 de Primer año (R1) y 32 de Segundo año (R2), que accedieron voluntariamente al estudio. Sus edades estuvieron comprendidas entre 26 y 33 años. En el grupo de Residentes de Primer año 25 fueron varones y 3 mujeres; en el grupo de Residentes de Segundo año se trató de 26 varones y 6 mujeres. A excepción de 3 casos de R2, los demás médicos habían realizado un año de "campo" como Técnicos en Anestesia.

Se integró un grupo de 60 pacientes hospitalizados de diversas edades y de ambos sexos próximos a ser intervenidos de cirugía mayor electiva, a quienes se valoró preanestésicamente la noche anterior por los médicos que participaron en el estudio.

A los médicos residentes se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.-Español)⁷ de 566 reactivos, y un cuestionario enfocado a la Especialidad de Anestesiología, de 56 reactivos, modificando el modelo propuesto por Cornish y Carrillo para aplicación a la consulta de Medicina Familiar en el I.M.S.S.

Al grupo de pacientes se les aplicó un tercer cuestionario destinado a evaluar la Relación Médico-paciente al Acto Anestésico-Quirúrgico, con 29 reactivos, también enfocados a la especialidad. (Ver cuestionarios anexos).

Los cuestionarios del M.M.P.I. se clasificaron por medio de plantillas en sus 13 escalas comprendidas, tres de Validez (L, F, K) y diez Clínicas (1 al 0). Para cada caso se determinó el Psicograma de acuerdo al sexo y el factor K en las escalas Clínicas 1, 4, 7, 8 y 9 (puntuación corregida). En el análisis individual de los psicogramas de ambos grupos de residentes (R1 y R2) se identificaron: valores comprendidos entre 50 y 70 puntos como Normales, valores superiores a 70 puntos como elevados y valores inferiores a 50 puntos como Sumergidos.

Para analizar las desviaciones de las tendencias Elevadas y Sumergidas en las escalas de validez y clínicas del M.M.P.I. entre R1 y R2 se cuantificaron estadísticamente porcentajes en cada grupo con la prueba t de "Student" de diferencias entre porcentajes.

Del análisis individual de los Psicogramas se establecieron tentativamente las implicaciones diagnósticas y las

tendencias de anormalidad, integrándose en seis categorías, de acuerdo a su frecuencia en cada uno de los grupos de médicos residentes.

El cuestionario complementario que se aplicó a los médicos residentes evaluó dos grandes aspectos: Area de Funciones Psicológicas (23 reactivos) y Area de las Funciones Médicas del Anestesiólogo (33 reactivos). Las Funciones Psicológicas estudiaron: Orientación Vocacional, Estabilidad Emocional con el paciente, Motivación de Seguridad en el paciente hacia el acto Anestésico-Quirúrgico y la Relación Empática con el mismo.

El Area de las Funciones Médicas comprendió la Responsabilidad Profesional del Anestesiólogo, Seguridad del mismo hacia el acto Anestésico-Quirúrgico y una Autoevaluación de la Calidad de la Visita Pre-anestésica. Las respuestas fueron de tres tipos: Afirmativa (+), Negativa (-) y Omisión (0). Los resultados se integraron para cada grupo de médicos y se efectuó su análisis estadístico empleando la prueba X^2 para muestras independientes para demostrar diferencias entre los dos grupos.

El cuestionario que se aplicó a los pacientes evaluó los siguientes aspectos: Ascendencia del Anestesiólogo sobre el paciente (19 reactivos) e Interés en su proceso Anestésico-Quirúrgico (10 reactivos). Se integraron las siguientes condiciones: Confianza hacia el Anestesiólogo, Sensación de seguridad hacia el acto Anestésico-Quirúrgico, Conocimiento de enfermedad e Interés de Relación con el Cirujano.

Las respuestas también fueron de tres tipos: Afirmativa (+), Negativa (-) y Omisión (0). Los resultados en el grupo se evaluaron de acuerdo a si la visita preanestésica fue realizada por el R1 o por el R2 y se empleó el análisis estadístico de X^2 para muestras independientes tratando de establecer diferencias entre ellos.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
CUESTIONARIO PARA EL
MEDICO ANESTESIOLOGO

1. — ¿Le gusta efectuar la visita preanestésica?
Sí () No ()
2. — ¿Estaba de buen humor al efectuarla?
Sí () No ()
3. — ¿Conocía los datos clínicos del paciente?
Sí () No ()
4. — ¿No había expediente?
Sí () No ()
5. — ¿Revisó Ud. el expediente?
Sí () No ()
6. — ¿Realmente le gusta valorar al paciente que se va a someter a un acto anestésico-quirúrgico?
Sí () No ()
7. — ¿Efectúe la visita porque es mi obligación?
Sí () No ()

8. — ¿Me interesa la imagen que tenga el paciente de mi persona?
Sí () No ()
9. — ¿El volumen de pacientes le evita efectuar una valoración completa?
Sí () No ()
10. — ¿Ha recibido enseñanza técnica para valorar al paciente en forma integral?
Sí () No ()
11. — ¿Qué entiende por valorar al paciente en forma integral?
Sí () No ()
12. — ¿Su valoración se basa únicamente en las Normas y Procedimientos Generales del Instructivo?
Sí () No ()
13. — ¿Qué es para Ud. un Instructivo Médico Integral?
14. — ¿Asume Ud. una responsabilidad absoluta en relación para con su paciente para otorgar una correcta valoración preanestésica?
Sí () No ()
15. — ¿Siente que actúa por iniciativa propia?
Sí () No ()
16. — ¿Siente que es innecesaria la comunicación directa con el paciente?
Sí () No ()
17. — En su experiencia médica ¿le queda clara la personalidad de su paciente?
Sí () No ()
18. — ¿Le agrada ayudar a la gente?
Sí () No ()
19. — En su experiencia, ¿piensa Ud. que el contacto con el paciente le disminuye el stress de pensar en el acto anestésico-quirúrgico?
Sí () No ()
20. — Como anestesiólogo ¿piensa Ud. que la visita preanestésica es innecesaria?
Sí () No ()
21. — ¿Es suficiente con transcribir la nota médica tomando únicamente los datos del expediente?
Sí () No ()
22. — En condiciones no institucionales, ¿realiza Ud. la valoración preanestésica?
Sí () No ()
23. — A pesar de no encontrar al paciente, ¿se dispone a efectuar la valoración preanestésica?
Sí () No ()
24. — ¿Le cuesta trabajo identificarse con el paciente?
Sí () No ()
25. — ¿Piensa Ud. que no intervendrá directamente en el acto anestésico-quirúrgico de su paciente?
Sí () No ()
26. — ¿Realiza Ud. su trabajo de mal humor?
Sí () No ()
27. — ¿Le desagrada efectuar la valoración preanestésica?
Sí () No ()

28. — ¿El cansancio le impide realizar adecuadamente la valoración?
Sí () No ()
29. — ¿Le desanima pensar en la actitud desvalorizada hacia el anesthesiólogo por parte del cirujano?
Sí () No ()
30. — ¿Observó Ud. la actitud de su paciente durante la visita preanestésica?
Sí () No ()
31. — ¿Podría describir lo que observó durante la visita?
Sí () No ()
32. — ¿Interpretó atentamente a su paciente?
Sí () No ()
33. — ¿Realmente comprendió a su paciente?
Sí () No ()
34. — ¿Se limitó a escuchar sus molestias orgánicas?
Sí () No ()
35. — ¿Detectó Ud. algún problema psicológico que pudiera interferir con el acto anestésico-quirúrgico?
Sí () No ()
36. — ¿Solicitó interconsulta al servicio de Psiquiatría?
Sí () No ()
37. — ¿Solamente administró tranquilizantes?
Sí () No ()
38. — ¿No hizo nada al respecto?
Sí () No ()
39. — ¿Sintió Ud. que se pudo expresar adecuadamente hacia su paciente?
Sí () No ()
40. — ¿Sintió que su paciente pudo expresarse adecuadamente hacia Ud.?
Sí () No ()
41. — ¿El paciente se interesó en su plática?
Sí () No ()
42. — ¿El paciente le preguntó sus dudas?
Sí () No ()
43. — ¿El paciente lo interrogó acerca de su intervención quirúrgica?
Sí () No ()
44. — ¿Le permitió a su paciente expresar libremente sus dudas?
Sí () No ()
45. — ¿Exploró Ud. a su paciente?
Sí () No ()
46. — ¿Su exploración fue dirigida?
Sí () No ()
47. — Durante su interrogatorio y exploración, ¿descubrió Ud. algún hallazgo no consignado anteriormente?
Sí () No ()
48. — ¿Captó Ud. en forma integral el motivo de su visita preanestésica?
Sí () No ()
49. — ¿Enfocó únicamente su ayuda al aspecto psicológico?
Sí () No ()
50. — ¿A su paciente le dió alguna indicación especial?
Sí () No ()
51. — ¿El paciente aceptó sus indicaciones?
Sí () No ()
52. — ¿Podría describir brevemente las dudas de su paciente?
Sí () No ()
53. — El temor de su paciente, ¿se inclinó hacia el acto anestésico o hacia el acto quirúrgico?
Sí () No ()
54. — ¿Piensa Ud. que otorgó una valoración preanestésica adecuada?
Sí () No ()
55. — ¿El paciente quedó tranquilo con la visita que Ud. le efectuó?
Sí () No ()

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE EN
RELACION A LA VISITA PRE-ANESTESICA

1. — ¿Desde cuándo se sabe Ud. enfermo?
2. — ¿Conoce cuál es su enfermedad?
Sí () No ()
3. — ¿Qué es lo que más le preocupa de su operación?
4. — ¿Conoció Ud. a su Médico Anesthesiólogo?
Sí () No ()
5. — ¿Conoció Ud. a su Cirujano?
Sí () No ()
6. — ¿Es la primera ocasión que lo operan?
Sí () No ()
7. — ¿Le gustó la visita que le efectuó su Médico Anesthesiólogo?
Sí () No ()
8. — ¿Platicó Ud. con su Médico Anesthesiólogo, y éste le despejó sus dudas?
Sí () No ()
9. — ¿Su Médico Anesthesiólogo le inspiró confianza?
Sí () No ()
10. — ¿Su Médico Anesthesiólogo se interesó en Ud. como persona?
Sí () No ()
12. — ¿Sintió que el tiempo empleado por su Médico Anesthesiólogo fue suficiente para brindarle confianza a Ud.?
Sí () No ()
13. — ¿Realmente lo dejó tranquilo?
Sí () No ()
14. — ¿Le gustó la forma en que lo trató?
Sí () No ()
15. — ¿Hubo algo que le disgustó de su Médico Anesthesiólogo?
Sí () No ()

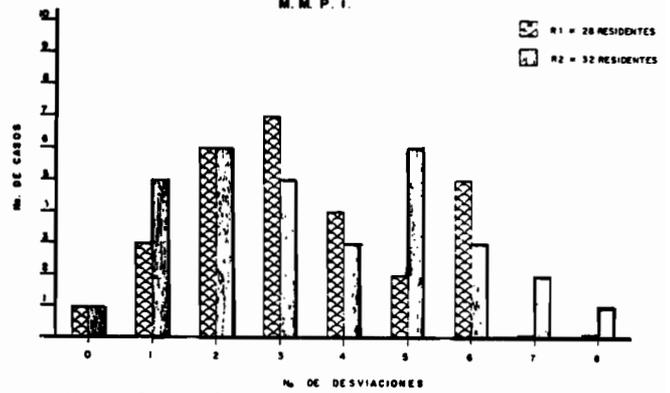
16. — ¿Le preguntó acerca de otros problemas ajenos a la anestesia y a la operación?
Sí () No ()
17. — ¿Su Médico Anestesiólogo lo exploró?
Sí () No ()
18. — ¿Su Médico Anestesiólogo solamente le hizo preguntas?
Sí () No ()
19. — ¿Entendió Ud. bien a su Médico Anestesiólogo?
Sí () No ()
20. — ¿Ud. piensa que su Médico Anestesiólogo lo entendió bien?
Sí () No ()
21. — ¿Le solicitó Ud. a su Médico Anestesiólogo medicamentos para tranquilizarse?
Sí () No ()
22. — ¿Le quedaron dudas a Ud. a pesar de la visita que le efectuó su Médico Anestesiólogo?
Sí () No ()
23. — ¿Le explicó a Ud. el motivo de su visita?
Sí () No ()
24. — ¿Quedó Ud. tranquilo con la visita que le efectuó?
Sí () No ()
25. — ¿Detectó Ud. tranquilidad y confianza en su Médico Anestesiólogo?
Sí () No ()
26. — ¿Su Médico Anestesiólogo realmente le inspiró confianza?
Sí () No ()
27. — ¿Sintió Ud. que su Médico Anestesiólogo lo atendió únicamente porque es su obligación?
Sí () No ()
28. — ¿Generalmente le tiene Ud. confianza a sus médicos?
Sí () No ()
29. — ¿Le tiene Ud. la suficiente confianza a sus Médicos Anestesiólogos?
Sí () No ()

RESULTADOS

La evaluación global del M.M.P.I., mostró que únicamente dos casos del estudio tuvieron valores en los límites de normalidad de 50 a 70 puntos de las 13 escalas de la prueba. En los 58 casos restantes, se encontraron una o más desviaciones "elevadas" o "sumergidas"; en ambos grupos se encontró un promedio similar de tres desviaciones por caso. La tendencia a presentar hasta ocho desviaciones predominó en los residentes de 2º año (Fig. 1).

En el análisis global del perfil gráfico del psicograma, de acuerdo a las puntuaciones promedio "elevadas" del M.M.P.I., los médicos R1 femeninos presentaron un trazo más constante que los R2 del mismo sexo. Se observó anormalidad en este último grupo, en los puntajes de las Escalas L, 1 y 2.

DISTRIBUCION POR NUMERO DE DESVIACIONES ENCONTRADAS EN EL M.M.P.I.



Sin embargo, lo escaso de la muestra (9 casos) no permitió un mayor análisis (Fig. II).

ELEVADOS (T 70 +)
R1 vs R2 ♀

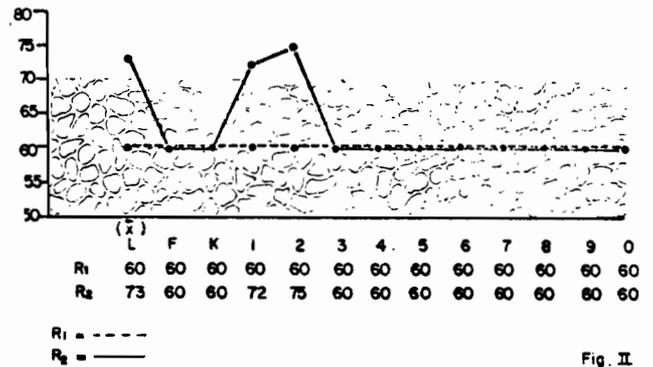


Fig. II

En forma similar, se graficaron las puntuaciones promedio "elevados" en el perfil gráfico del psicograma de los R1 y R2 del sexo masculino. Prácticamente no hubo diferencias en los trazos de los dos grupos, excepto en las Escalas L y 9, en donde sí se observaron diferencias (Fig. III).

ELEVADOS (T 70 +)
R1 vs R2 ♂

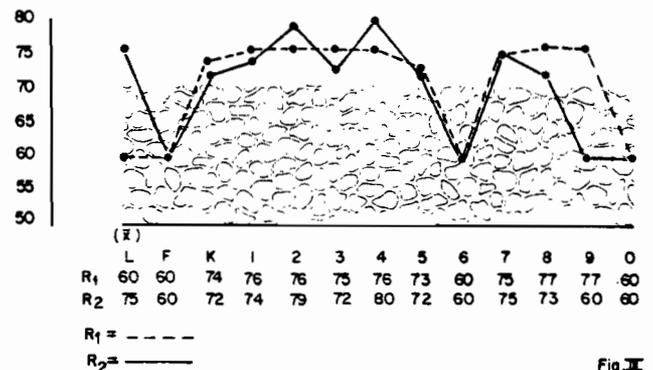


Fig. III

En la Figura IV, se muestra el perfil gráfico del psicograma de los médicos R1 y R2 femeninos para los valores promedios "sumergidos". Se observó esta tendencia en

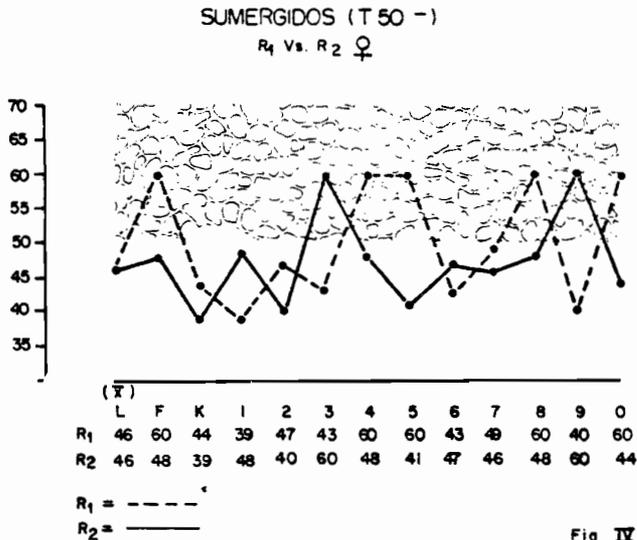


Fig. IV

el grupo R1 en ocho escalas (L, K, 1, 2, 3, 6, 7 y 9), mientras que en el grupo R2 esta tendencia se evidenció en once escalas (L, F, K, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 0). En el grupo de "sumergidos" del sexo masculino se obtuvieron valores promedio similares para ambos grupos, excepto en la Escala 2 (D) del grupo R1 como se puede apreciar en la Figura V.

Al calificar la frecuencia de valores fuera de límites normales tanto "elevados" como "sumergidos", en las Escalas de Validez del M.M.P.I. con la prueba t de "Student" para porcentajes entre muestras, sólo se encontraron diferencias en las escalas L y F. Para ambos grupos la frecuencia mayor correspondió a los "sumergidos". Al evaluar las diferencias entre ambos grupos se encontró que en la escala L de valores "elevados" predominaron en el grupo R2 en relación al R1 (15% y 0% respectivamente), con una diferencia estadísticamente significativa (p menor de 0.05). En esta escala no se encontraron diferencias significativas para los valores "Sumergidos" de los dos grupos. En la escala F no se encontró diferencia en los valores "elevados" y sólo los "sumergidos" mostraron diferencias

SUMERGIDOS (T 50 -)
R₁ Vs R₂ ♂

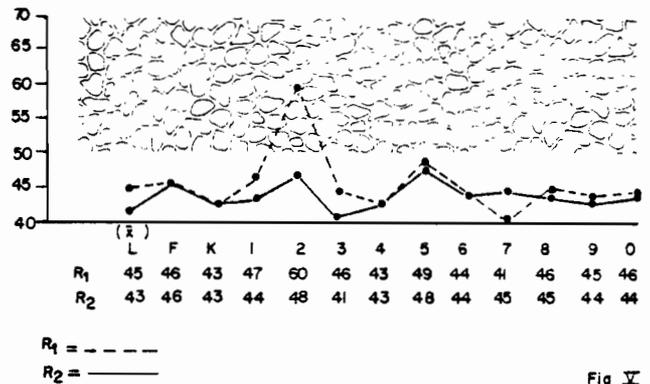


Fig. V

con una p menor de 0.05. En la Escala K no hubo diferencias, como se muestra en el Cuadro 1.

Al evaluar la frecuencia de valores fuera de límites normales en las Escalas Clínicas del M.M.P.I., se tabuló la frecuencia total y porcentual de valores "elevados" y "sumergidos" en los dos grupos de médicos residentes empleando el análisis estadístico de t de "Student" para porcentajes entre muestras. Sólo se encontraron diferencias significativas en la Escala 4 (Dp) para valores "sumergidos" de predominio en los R2. En el resto de las escalas las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas estadísticamente. En el análisis global, se observó una tendencia al predominio de valores "sumergidos" para ambos grupos, excepto en la Escala 2 (D). Los resultados se muestran en el Cuadro II.

Excluyendo los valores "sumergidos", por ser considerados no indicativos de alteraciones Psicopatológicas Severas, se analizaron los valores "elevados" en las Escalas Clínicas tratando de identificar Rasgos Psicopatológicos en los dos grupos. En el Cuadro III se identifican estos rasgos de acuerdo a la frecuencia. Por orden de frecuencia aparecieron: Depresión (D), Desviación Psicopática (Dp) e Histeria (Hi).

Se analizaron en forma individual los perfiles Integrados del Psicograma. De acuerdo al predominio de rasgos de Personalidad, se establecieron seis categorías de lo

CUADRO I. INDICENCIA DE VALORES FUERA DE RANGOS NORMALES DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN ESCALAS DE VALIDEZ

ESCALAS DE VALIDEZ	R-1*		R-2**		Vs			
	A	B	C	D	A	R-1	B	R-2
	ELEVADOS N (%)	SUBERGIDOS N (%)	ELEVADOS N (%)	SUMERGIDOS N (%)	t	C P	t	D P
L	— (0)	8 (28.6)	3 (9.4)	5 (15.6)	1.82	< 0.05	1.22	N.S.
F	— (0)	4 (14.3)	— (9)	10 (31.2)	—	N.S.	1.60	< 0.05
K	3 (10.7)	5 (17.8)	2 (6.2)	7 (21.9)	0.62	N.S.	0.40	N.S. §

* = Residentes; ** = Residentes.
Análisis Estadísticos: t de Student.

CUADRO II. INCIDENCIA DE VALORES FUERA DE RANGOS NORMALES, DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN ESCALAS CLINICAS

ESCALAS CLINICAS	A	R-1*	B	C	R-2**	D	R-1 Vs. C		R-2 Vs. D	
	ELEVADOS N (%)		SUMERGIDOS N (%)	ELEVADOS N (%)	SUMERGIDOS N (%)		t	p	t	p
1 (Hs)	1 (3.6)		7 (25.0)	2 (6.2)		7 (21.9)	0.47	N.S.	0.28	N.S.
2 (D)	6 (21.4)		1 (3.6)	7 (21.9)		3 (9.4)	0.04	N.S.	0.93	N.S.
3 (Hi)	2 (7.1)		4 (14.3)	3 (9.4)		4 (12.5)	0.32	N.S.	0.20	N.S.
4 (Dp)	5 (17.8)		4 (14.3)	1 (3.1)		7 (21.9)	1.87	< 0.05	0.77	N.S.
5 (Mf)	4 (14.3)		1 (3.6)	1 (3.1)		3 (9.4)	1.53	N.S.	0.92	N.S.
6 (Pa)	(0)		7 (25.0)	(0)		9 (28.1)		N.S.	0.27	N.S.
7 (Pt)	2 (7.1)		3 (10.7)	2 (6.2)		10 (31.2)	0.14	N.S.	2.04	< 0.05
8 (Es)	4 (14.3)		4 (14.3)	1 (3.1)		8 (25.0)	1.54	N.S.	1.06	N.S.
9 (Ma)	2 (7.1)		7 (25.0)	(0)		5 (15.6)	1.46	N.S.	0.90	N.S.
10 (Si)	(0)		8 (28.6)	(0)		14 (43.7)	--	--	1.23	N.S.

* = 28 Residentes, ** = 32 residentes.

Análisis Estadístico: t de Student.

CUADRO III. INCIDENCIA DE RASGOS PSICOPATOLOGICOS DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN ESCALAS CLINICAS

Rasgos psicopatológicos T 70 +)	R1*	R2**	Totales	
	N	N	N	%
1. Depresión	6	7	13	(34.2)
2. Desv. psicopática	5	1	6	(15.7)
3. Histeria	2	3	5	(13.2)
4. Esquizofrenia	4	1	5	(13.2)
5. Psicastenia	2	2	4	(10.5)
6. Hipocondriasis	1	2	3	(7.9)
7. Hipomanía	2	—	2	(5.3)
8. Paranoia	—	—	—	(0.0)
Totales	22	16	38	(100)

*28 Residentes

**32 Residentes

Normal a lo Psicopatológico cuya frecuencia para ambos grupos de muestra en el Cuadro IV.

En el Cuadro V se muestran los resultados del cuestionario complementario que se practicó a los médicos residentes. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente

CUADRO IV. CATEGORIAS DE RASGOS INTEGRADOS DE PERSONALIDAD EN LA PRUEBA M.M.P.I.

Categoría	R - 1 *		R - 2 **	
	N	(%)	N	(%)
1. Normal	4	14.3	5	15.6
2. Normal con necesidad de control por mecanismos defensivos	15	53.6	17	53.2
3. Depresivos	5	17.8	6	18.7
4. Histeria	—	0	4	12.5
5. Tendencia esquizoide	3	10.7	—	0
6. Psicopatía	1	3.6	—	0
Totales	28	100	32	100

*28 Residentes

**32 Residentes

significativas entre los dos grupos al evaluar globalmente los aspectos comprendidos en el Area de las Funciones Médicas y específicamente en el aspecto de Responsabilidad Profesional a favor del R2. En el Area Psicológica, en forma general, no se encontraron diferencias significativas y en los aspectos particulares las poblaciones fueron similares.

Los resultados del cuestionario que se aplicó al grupo de pacientes en condiciones preoperatorias se muestran en el Cuadro VI. Sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados que evaluaron la Ascendencia del Médico Anestesiólogo, con diferencias a favor de un mayor grado de ascendencia motivada por el grupo R2. Al evaluar los resultados del Interés del enfermo en su proceso Anestésico-Quirúrgico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estos aspectos, aunque llamó la atención la tendencia a referir desconocimiento de su enfermedad.

DISCUSION

La estructura de la Personalidad es uno de los determinantes de la Orientación Vocacional y Profesional de los individuos. Sin embargo, existen pocos estudios en que se haya investigado la relación de los rasgos de personalidad con la elección profesional específica.

El propósito de este trabajo fue estudiar a través de un instrumento de resultados cuantificables los rasgos predominantes de la personalidad de un grupo de médicos en etapa de adiestramiento en la especialidad médica de Anestesiología, tratando de establecer si existen rasgos comunes como grupo, con los que se pueda explicar la elección profesional y en qué medida un factor externo como es el grado de adiestramiento puede reflejar cambios positivos o negativos en áreas específicas de la personalidad.

En forma complementaria se aplicó un cuestionario de evaluación del comportamiento directo del médico residente durante la realización de su visita pre-anestésica

CUADRO V. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL MEDICO RESIDENTE
EN ANESTESIOLOGIA

FUNCIONES	Reactivos	+	R1*	0	+	R2**	0	X ²	P
I. PSICOLOGICAS	(23)	540	76	28	603	97	36	0.88	N.S.
- Orientación Vocacional	10	217	60	3	271	48	1	5.57	N.S.
- Estabilidad emocional	11	218	72	18	264	61	27	4.15	N.S.
- Relación emocional con el paciente	13	306	49	9	346	62	8	0.58	N.S.
- Motivación de seguridad en el paciente hacia el acto A-Q	5	134	4	2	156	2	2	0.97	N.S.
- Relación empática con el paciente	8	191	31	2	231	23	2	2.85	
II. MEDICAS	(33)	636	207	81	807	179	70	14.30	< 0.01
8 Responsabilidad profesional	22	415	139	62	528	121	55	9.38	< 0.01
- Seguridad hacia el acto anest. = Qx.	2	53	2	1	56	8		3.89	N.S.
- Autoevaluación de la calidad de la vista preanestésica	9	168	67	17	186	89	13	1.35	N.S.

* = 28 Residentes. ** = 32 residentes.

Análisis estadístico: X² para 2 muestras independientes.

y otro cuestionario comprobatorio de apreciación en el grupo de pacientes que fueron evaluados en condiciones preoperatorias por el grupo de médicos a quienes se aplicó este estudio preliminar.

La elección del M.M.P.I. se efectuó porque se considera como una de las pruebas más confiables para evaluar la personalidad⁸ y por la posibilidad de obtener resultados mesurables objetivamente y el contar con una adaptación previa a la población mexicana para la interpretación de los perfiles gráficos de las diferentes escalas de la prueba. El cuestionario complementario que se formuló al grupo de residentes y pacientes se adaptó al modelo pro-

puesto por Cornish y Carrillo por ser instrumentos concordantes al propósito del estudio en donde se deseó evaluar la interrelación Médico-Ejercicio Profesional concreto, la interrelación médico-paciente y paciente-médico.

En el estudio no se tomó en cuenta la edad de los sujetos, por ser una variable que no se incluye como determinante de los resultados. Sólo se hizo la diferencia por sexos, ya que el M.M.P.I. la tabulación de datos sí lo toma en cuenta. La división de grupos se fundamentó en el grado de escolaridad y lo que ello puede representar en experiencias y adaptación vocacional y profesional.

De los resultados del M.M.P.I. llamó la atención que

CUADRO VI. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE LOS PACIENTES

Condiciones	Reactivos	+	R1*	0	+	R2**	0	X ²	P
I Ascendencia del anesestiólogo	(19)	363	111	58	490	83	35	23.71	< 0.01
- Confianza hacia el anesestiólogo	22	426	129	61	566	99	39	22.73	< 0.01
- Sensación de seguridad	10	184	69	27	225	72	23	1.86	N.S.
II. Interés en su proceso anestésico-quirúrgico	(10)	188	73	19	215	77	28	0.97	N.S.
- Conocimiento de enfermedad	3	54	26	4	60	26	10	2.02	N.S.
- Interés de relación con el cirujano	2	45	9	2	49	7	8	3.54	N.S.

* = 28 Residentes, ** = 32 residentes.

Análisis estadístico: X² para 2 muestras independientes.

solamente dos casos tuvieron valores de 13 escalas de la prueba, comprendidos de 50 a 70 puntos, y el resto de la población de los dos grupos de estudio presentaron una o más desviaciones en las escalas. De acuerdo a la fundamentación interpretativa de esta prueba, los valores de puntuación inferior a 50 ("sumergidos") no tienen traducción específica psicopatológica y pueden integrarse a un grupo de población de características normales, sólo que con funciones psicológicas inhibidas o como reflejo de las idiosincrasias de la población como lo ha sugerido Núñez⁸. En el caso de los valores "elevados", es decir, con puntuación en las escalas arriba de 70, el consenso es el de atribuirles valor de expresividad de psicopatología actual o latente.

Al analizar las diferencias de resultados de puntuaciones "elevadas" y "sumergidas" en las escalas del M.M.P.I. para los dos grupos de médicos, se trató de establecer si existían modificaciones que pudieran diferenciar a las poblaciones en donde la variable a considerar fue el grado de escolaridad.

Al evaluar los resultados en forma global en las escalas de validez (L,F,K), las diferencias que se encontraron sugieren una actitud de menor franqueza al contestar la prueba en el grupo R2, muy probablemente por influencia de factores relacionados a su situación de mayor jerarquía académica; sin embargo, los resultados en la Escala K, en la que no hubo diferencias, permiten inferir un buen grado de confiabilidad a las respuestas de la prueba en ambos grupos.

En los valores de las escalas clínicas en las que se fundamentan las características de personalidad, los resultados permiten concluir que la mayor parte de los individuos de ambos grupos estuvo comprendida en los valores "sumergidos" sin diferencia de significación estadística, lo que traduce una característica común. La frecuencia de rasgos "elevados" sólo mostró diferencia estadística en la Escala 4 (Dp) a favor del R1 pero su interpretación debe hacerse con reserva, ya que no define de ninguna manera una característica general y su presencia puede ser circunstancial.

El estudio discriminativo del M.M.P.I. sobre rasgos de personalidad tiene implicaciones de diagnóstico psicopatológico de acuerdo a cada una de las escalas clínicas. En el grupo del estudio se presentó como rasgo principal la depresión (D). Establecer la causa escapa a los propósitos del presente estudio. Sin embargo, consideramos que de alguna manera la Tendencia Depresiva se pudo reflejar en el grupo que se catalogó como de sujetos normales con necesidad de mecanismos defensivos, la que representó la categoría predominante de toda la población del es-

tudio. No encontramos una explicación para las categorías catalogadas como Psicopatológicas Severas ni tampoco puede sentarse como diagnósticos absolutos o definitivos.

Del cuestionario complementario para los médicos comunes podemos concluir que existen características psicológicas comunes para ambos grupos durante el desarrollo de una actividad concreta profesional como lo fue la Valoración Pre-anestésica. Las diferencias que se encontraron en el área de las funciones médicas evidentemente traduce una modificación que sí tiene relación como producto del grado de adiestramiento. Esto último se reflejó y corroboró con los resultados del cuestionario que se aplicó a los pacientes en donde el grupo R2 logró despertar mayor Ascendencia y Confianza personal. Como mecanismo de defensa al Acto Anestésico-Quirúrgico la mayoría de los pacientes emplearon el mecanismo de "Negación" de la enfermedad, probablemente significado por el temor referido a perder la vida.

CONCLUSIONES

1. — El presente es un intento preliminar de estudio psicológico de médicos en etapa de adiestramiento de una especialidad, cuya elección es libre y sin guías específicas de Orientación Vocacional y Profesional.
2. — Los resultados del M.M.P.I., a pesar de ser más especulativos que diagnósticos, mostraron que el grupo de médicos residentes se identificó principalmente como una población de Estructura Psicológica Normal, con un alto grado de tendencia a la Depresión y en forma secundaria a otras manifestaciones de tipo Neurótico.
3. — El significado y la frecuencia de manifestaciones Psicopatológicas Severas están en estudio y sus repercusiones pueden ser catastróficas.
4. — Los pacientes funcionan y se comportan bien durante la relación médico-paciente (Visita Pre-anestésica) a pesar de los rasgos encontrados en sus médicos.
5. — Es necesario implementar medidas de Higiene Mental y de intervenciones Psicoterapéuticas pertinentes para los grupos de médicos residentes en formación, extendido al resto de las especialidades que permitan la revisión de sus propios "temores".
6. — Es conveniente verificar los resultados en estos grupos a corto y largo plazo para corroborar las tendencias positivas y negativas. De ser posible, determinar el "perfil" de personalidad en grupos de otras especialidades y establecer comparaciones.

REFERENCIAS

1. KAUFMANN H. *Problemas en el diagnóstico de la conducta humana*. En: Kaufmann H. Introducción al estudio del comportamiento humano. 1a. Ed. México. Edit. El Manual Moderno. 1975;111-129.
2. KOLB L. *Desarrollo de la personalidad*. En: Kol. N. Noyes C. *Psiquiatría clínica moderna*. 6a. Edic. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1983;68-88.

3. DE LA FUENTE R. *La personalidad. En: Psicología Médica.* 10a. Edic. México, Edit. Prensa Médica Mexicana. 1971;109-127.
4. WATZLAWICK P. *La organización de la interacción y mana. En: Watzlawick P. Teoría de la Comunicación humana.* 1a. edic.. México. Edit. Tiempo Contemporáneo. 1971;115-140.
5. SOLOMON P, JACOB C. *Trastornos del carácter. En: Solomon P. Manual de Psiquiatría.* 1a. edic. México. Edit. Médico Moderno, 1972; 140-146.
6. BRODY N. *La teoría de los rasgos y el análisis factorial.* Brody N. Investigación y teoría de la personalidad. 1a. edic. México. Edit. El Manual Moderno. 1975;5-41.
7. HATHAWAY S, MCKINLEY J. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory M.M.P.I.* 2a. edic. Edit. México El Manual Moderno. 1981.
8. NUÑEZ R. *Varios tipos de perfiles.* Aplicación del Inventario multifásico de la personalidad a la psicopatía. 2a. edic. México. Edit. El Manual Moderno. 1979;84-139.