

870125

19  
99°

# Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

"Estudio Correlativo de la Actitud Hacia el Enfermo Mental  
y los Rasgos de Personalidad del Personal  
Asistencial Psiquiátrico"

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :

Armida María Margarita Tapia Contreras  
GUADALAJARA, JAL., 1986



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.	
ANTECEDENTES HISTORICOS.	4
1.1 La Asistencia Psiquiátrica a través de los años.....	5
1.2 La asistencia en la primera mitad del siglo XIX.....	9
1.3 El asilo como institución médica.....	13
1.4 El tratamiento moral.....	17
1.5 La Hidroterapia.....	20
1.6 Remedios físicos.....	21
1.7 La terapéutica por el trabajo.....	22
1.8 La segunda mitad del siglo XIX.....	24
1.9 Evolución del concepto.....	28
CAPITULO II.	
ESTUDIOS PREVIOS.....	38
CAPITULO III.	
ACTITUDES Y RASGOS DE PERSONALIDAD.	49
3.1 Consideraciones Generales sobre Acti- tudes.....	49
3.1.2 Perspectivas históricas.....	49
3.2 Consideraciones generales sobre ras- gos de Personalidad.....	58

	PAG.
<b>CAPITULO IV.</b>	
<b>CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION PSIQUIATRICA</b>	<b>64</b>
<b>"SAN JUAN DE DIOS".</b>	
4.1 Origen de la Fundación.....	64
4.2 Políticas de trabajo en las activida--	
des médicas.....	67
4.2.1 Programa de salud mental.....	67
4.2.2 Definición.....	73
4.2.3 Objetivos generales.....	77
4.2.4 Jerarquías.....	74
4.2.5 Actividades para lograr objeti-	
vos.....	74
4.2.6 Personal actual.....	74
4.2.7 Tipo de actividades.....	77
 <b>CAPITULO V.</b>	
<b>DESCRIPCION DE PRUEBAS Y METODO DE MEDICION DE</b>	
<b>ACTITUD UTILIZADO.</b>	
5.1 Diferencial semántico.....	79
5.2 El diferencial semántico como técnica	
de medida.....	79
5.2.1 Definición del significado sub-	
jetivo.....	79
5.2.2 Escalas bipolares.....	81
5.2.3 Dimensiones del espacio semántico	83

	PAG.
5.2.4 Características psicométricas	
del diferencial semántico.....	83
5.2.4.1 Objetividad.....	84
5.2.4.2 Confiabilidad.....	85
5.2.4.3 Validez.....	85
5.2.4.4 Sensibilidad.....	86
5.2.4.5 Comparabilidad.....	87
5.3 El diferencial semántico en la medi-	
ción de actitudes.....	87
5.3.1 Selección de escalas.....	88
5.4 Thurstone, Inventario de Rasgos tem-	
peramentales.....	89
5.4.1 Finalidad.....	90
5.4.2 Descripción de áreas.....	91
5.4.2.1 Activo.....	92
5.4.2.2 Vigoroso.....	92
5.4.2.3 Impulsivo.....	92
5.4.2.4 Dominante.....	93
5.4.2.5 Estable.....	93
5.4.2.6 Sociable.....	94
5.4.2.7 Reflexible.....	94
5.4.3 Formato.....	95
5.4.4 Administración.....	95
5.4.5 Puntuación.....	97

	PAG.
5.4.6 Elaboración del perfil.....	98
5.4.7 Interpretación.....	99
5.5 Test guéstatico Visomotor de Bender..	101
5.5.1 Antecedentes históricos.....	102
5.5.2 Fundamentos científicos y teóri- cos del test.....	105
5.5.3 Caracterización del test de Ben- der.....	111
5.5.4 Estructuración del test.....	113
5.5.5 Análisis de los factores especí- ficos del test.....	115
5.6 Inventario Multifásico de la Personali- dad (MMPI) .....	127
5.6.1 Antecedentes y desarrollo.....	127
5.6.2 Descripción y estructura del - - test.....	129
5.6.3 Confiabilidad y validez.....	133
5.6.4 Descripción de las escalas.....	133
5.6.4.1 Escalas de validez.....	133
5.6.4.2 Escalas Clínicas.....	136
5.6.5 Aplicación del MMPI.....	141
5.6.6 Procedimiento de calificación...	142

CAPITULO VI:

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	143
--------------------------------------	-----

	PAG.
6.1 Población, tamaño de la muestra y tipo de muestreo.....	143
6.2 Hipótesis de trabajo o conceptual y las estadísticas.....	145
6.3 Variables.....	146
6.4 Instrumentos de medición.....	146
6.5 Procedimiento de recolección de in formación.....	147
6.6 Técnicas de análisis.....	148
6.6.1 Correlación de Pearson.....	148
6.6.2 ANOVA .....	149
6.6.3 Método de Kruskal-Wallis.....	149
6.6.4 Coeficiente de correlación de Spearman.....	149
 CAPITULO VII.	
DATOS ESTADISTICOS, ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	151
 CAPITULO VIII.	
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	184 y 194
BIBLIOGRAFIA.....	197

## INTRODUCCION



## I N T R O D U C C I O N

El personal asistencial psiquiátrico juega un papel muy importante en el tratamiento y curación del enfermo mental que está a su cuidado por lo que ha de protegérsele psicológicamente para evitar que el medio ambiente en que labora dañe su salud mental. Es por ésto que ha surgido la inquietud de realizar la presente investigación en la que se correlacionó la actitud hacia el enfermo mental por parte del personal asistencial psiquiátrico con los rasgos de personalidad de dicho personal.

El objetivo de las instituciones dedicadas a nuestra especialidad es el de ayudar a sanar a los enfermos mentales mediante la aplicación de los recursos que para ellos nos dá la ciencia, para tal aplicación se requiere de personal que debe ser seleccionado y preparado adecuadamente. Este estudio está enfocado exclusivamente al análisis de la personalidad del personal asistencial psiquiátrico que tiene mayor contacto diario y directo con los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Juan De Dios y comprende enfermería, intendencia y vigilancia, con la finalidad de obtener información acerca de sus rasgos de personalidad preponderantes y relacionarlos con sus actitudes hacia el enfermo mental.

La importancia de una personalidad estable con características propias y rasgos definidos, son indicación de una unidad individual, que se manifiesta y se refleja en el trabajo rutinario que desempeñan las personas que laboran dentro de la Comunidad Fraternal donde se desarrolló éste trabajo.

Los objetivos de ésta investigación son:

1. Cuantificar los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico clasificado en tres grupos: personal con menos de un año de servicio, personal con más de un año y hasta seis años y personal con más de seis años de labores.
2. Medir la actitud del personal asistencial psiquiátrico hacia el enfermo mental.
3. Correlacionar rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico con su actitud hacia el enfermo mental.

Reforzamos la convicción de la suma importancia que reviste el disponer de personal mentalmente apto para la --

atención de pacientes con problemas psicológicos, ya que - de no ser así, el personal de los centros de rehabilitación llevaría a sus hogares y familias, una parte grande o pequeña de los problemas que comparte en su trabajo, transmitiendo a su alrededor efectos, que en éste caso serán no civos de necesidad. De aquí la importancia de analizar al personal y buscar a través de éstos análisis, las pautas de acción necesarias para preveer cambios en su actitud.

Este estudio se limita a una investigación descriptiva donde se describe el comportamiento de los sujetos según su antigüedad laboral; y fué realizado en una Institución particular donde presumiblemente el comportamiento del personal asistencial puede ser diferente de las instituciones oficiales.

Esperamos que éste trabajo, colabore con el fortalecimiento de la idea de lograr la rehabilitación de los enfermos con problemas mentales, en forma más eficiente y sin producir efectos negativos en las personas encargadas de la atención en todos los órdenes (enfermería, intendencia, vigilancia) a dichos enfermos, se requiere prestar la máxima atención a los rasgos de personalidad y a la actitud del personal empleado en éstos menesteres.

**CAPITULO I**  
**ANTECEDENTES HISTORICOS.**

## CAPITULO I

## ANTECEDENTES HISTORICOS.

A través de los años se ha visto la necesidad apremiante de tomar en cuenta al enfermo mental como tal, una persona que se encuentra limitada de sus facultades mentales y A VECES rechazado por la sociedad. Para entender el estado actual de la atención al enfermo mental es necesario analizar las condiciones sórdidas que se les aplicaban en los establecimientos que no tenían de hospital más que el nombre; por consiguiente se hizo urgente la necesidad de re formar tales estructuras.

El mismo deseo de progreso social que se ha manifestado en todas partes debe alcanzar a sí mismo al enfermo mental, intentar reformar la atmósfera de su servicio, tanto como las condiciones materiales de existencia de sus enfermos; así como el papel y la actitud del personal sanitario, y aspirar a formar un buen personal asistencial.

Como el enfermo mental presenta por sus síntomas el deseo de huir de una realidad a la que no pudo adaptarse, se le ofrece un medio donde se le faciliten los cambios, en un clima de confianza donde el personal asistencial psiquiá

trico juega un papel muy importante en la evolución intrahospitalaria del enfermo mental dentro de una institución psiquiátrica, la cual trata de tener un personal conciente, bien entrenado, dotado de una formación mucho más profunda del trato con el enfermo mental para mejorar su ambiente y proporcionar una experiencia verdaderamente terapéutica durante su hospitalización. Por ésta razón realicé una revisión bibliográfica sobre la historia de la atención al enfermo mental.

#### 1.1 LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA A TRAVES DE LOS AÑOS.

El siglo XV marca el comienzo de la asistencia psiquiátrica moderna. En 1409 se funda en Valencia el primer hospital dedicado exclusivamente a los locos, seguido de otros semejantes en distintos lugares, siendo el primer intento social serio de aislar a todos aquellos considerados como desviados, ejercitando con ellos la caridad, pero cargándoles de cadenas. Así, los enfermos mentales, confundidos o no, con otros grupos marginados fueron siempre alojados en los más lóbregos lugares, encerrados en jaulas y enseñados al público como espectáculo; se les veía como gente distinta y no como ejemplos desdichados de estados en los que el mundo podía incurrir.

A fines del siglo XVIII las condiciones que ofrecía los hospitales eran totalmente insalubres y mientras más peligrosos fueran los pacientes, más estrictamente eran -- confinados, por regla general, encadenados a una pared. Era ésta forma en que los mentalmente trastornados eran -- tratados; no eran considerados como personas enfermas sino como animales.

Fué entonces, que viendo tales situaciones, Pinel en Francia, Chiarugi y Pisani en Italia y Tuke en Inglaterra apoyaron reformas. Se criticaron las condiciones inhumanas de los hospitales mentales.

Fué hasta el siglo XIX cuando la asistencia se hizo plenamente médica; los criterios de reclusión y tratamiento eran casi exclusivamente sociológicos. La medicina apenas -- hacía acto de presencia para curar alguna afección de tipo orgánico.

Se empleaban los medios represivos más diversos, junto a la imposición de los trabajos más pesados y abyectos, -- aunque no faltaba alguna medida terapéutica empírica, como sangrías, baños o duchas y algún otro fármaco. Dentro de éste oscuro panorama hubo excepciones, entre las que hay que destacar, la del hospital general de Zaragoza, donde la - -

asistencia fué bastante humanitaria y en cuyas ordenaciones (1656) hay varios artículos que hacen referencia al trabajo de los enfermos mentales con fines terapéuticos, lo que fué llevado a la práctica hasta la destrucción del hospital en 1808, modelo que fué elogiado por Pinel.

En el siglo XVIII, el status del loco sufrió modificaciones decisivas; la Filosofía de la Ilustración, interesada por los derechos del hombre y sus condiciones de vida fué fuente inagotable de movimientos reformistas. Fundamentalmente la reforma de las cárceles o instituciones de corrección y de los hospitales, pusieron de manifiesto la necesidad de deshacerse de personales tan molestos.

Por vez primera desde el siglo XV surge claramente la idea de elegir lugares especiales donde recluir a los dementes. Por otro lado, la nueva burguesía manejaba como arma política las revelaciones sobre la corrupción administrativa y condiciones de vida en los asilos; informes que se suceden tanto en Francia como en Inglaterra, países donde principalmente dieron comienzo a la nueva era asistencial - (Instrucción de Doublet y Colombier en 1785, Memorias de Tenon en 1786 o informes de diversas comisiones Parlamentarias Inglesas)



El otro factor de importancia a tener en cuenta son los propios cambios sociales que llevaba consigo la Revolución Industrial. Aumenta la población, a la vez que la tolerancia hacia el enfermo o hacia cualquier otro problema social disminuye, mientras que la transformación de una sociedad rural artesana en otra nueva urbana industrial, con toda la problemática de escasez de viviendas, hacinamiento, - difíciles condiciones de vida, necesidad de trabajo para todos los miembros útiles de la familia, etc. hicieron objetivamente más difícil la permanencia del enfermo en el seno familiar. Como consecuencia inmediata fué el aumento considerable de la demanda de internamiento y el florecimiento - de instituciones privadas, al amparo de la insuficiencia y público discredito de los asilos benéficos, erigidos en raras ocasiones con fines humanitarios o médicos sino con fines lucrativos.

Así de uno u otro modo, privado o público, el nuevo asilo, al que sólo le faltaba la figura del médico quedó como la pieza fundamental de la asistencia al enfermo mental en la inmediata centuria.

## 1.2 LA ASISTENCIA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX.

En éste tiempo, la medicina se dispone a conquistar el último reducto de la antigua concepción mágica del enfermar, es decir, la locura; haciéndose primero en los así los privados. Felipe Pinel visitó durante 5 años la MAISON BELHOME (desde su fundación en 1785) tradición que perpetuaría Esquirol y tantos otros de sus seguidores, más o menos como en Inglaterra donde alrededor de los dos tercios de los numerosos así los privados estaban en manos de médicos e igual que en España aunque con casi un siglo de retraso.

Con Parry-Jones la Psiquiatría adquirió cierto ran go de profesionalización cuando los médicos ganaron prestí gio social en esas instituciones. Después con mucha lentitud, se fueron introduciendo en los asilos de beneficencia (no hay que olvidar que hasta bien entrado el siglo, - el número de asilos públicos fué muy reducido e igualmente el de especialistas).

La asistencia contemporánea comenzó en el momento en que el médico tomó posesión de las instituciones destinadas a la custodia del loco, imponiéndoles su propia cultura y ga rantizando a la vez técnicamente, el encierro. Dicho de --

otra manera lo que ocurrió en realidad es que el médico se arrogó la función de árbitro para decidir quién se encontraría fuera o dentro de la norma: "El médico es el único que puede discernir si un individuo debe ser puesto dentro o fuera del derecho común" (esquirol, 1818). El Psiquiatra para realizar esta función acudiría también ante los tribunales de justicia, quedando así ligado y condicionado al estamento jurídico, iniciando de ésta forma uno de sus roles característicos hasta la actualidad, el médico-legal. El primer problema para la medicina como especialidad fue la necesidad de justificar su presencia en las instituciones, defendiendo la curabilidad de la locura contra el opuesto criterio tradicional, al cual no escapa el mismo psiquiatra. La contradicción se resuelve con la falacia de dividir a los enfermos mentales en dos especies distintas: curables e incurable. El optimismo de éstos pioneros se decide por el camino más fácil, y el que más gratifica al médico, proporcionándole curaciones y éxito social, realizando una segregación gratuita, vigente de una u otra forma durante todo el siglo y abandonado a su suerte a una u otra forma durante todo el siglo y abandonado a su suerte a un gran sector de enfermos, cada vez más numerosos por que la propaganda de los loros terapéuticos, hecha a través e numerosos porque la propaganda de los loros terapéuticos.

hecha a través de numerosas estadísticas -en algunas de --  
 las cuales se puede ver el porcentaje de curados "entre --  
 los incurables"- ocasiona un considerable aumento de client  
 tela para la que los pocos asilos resultaban incapaces, fa  
 voreciendo el hacinamiento y la incurabilidad. Así resultó  
 la paradoja de que la locura es curable, pero la mayoría -  
 de los locos no se curan.

La cultura de la época condicionó los métodos de --  
 que la Psiquiatría se valdría para abordar la curación de  
 esos enfermos. En la etiología de la afección, las causas-  
 morales ocuparon el primer término. Tras la revolución, --  
 las crisis económicas y políticas claramente condujeron al  
 paro, al vagabundeo, y por lo tanto, a la locura. Se vió -  
 natural desde el podio social que ocupaba el psiquiatra, -  
 que la corrupción fuera mayor en las clases inferiores- co  
 rrespondencia entre pobre y loco- donde se liberaban con -  
 más facilidad los malos instintos, las pasiones, producién  
 dose Más crímenes o locuras.

La razón de estos males no se busca en la sociedad-  
 sino en el individuo, por lo que se concede importancia de  
 cisisiva a la educación para corregir ésta conducta anormal.

Estos teóricos pensaron desarrollar un método terapéutico, el tratamiento moral, método que institucionaliza ría, lo que de siempre la sociedad había practicado con el loco, es decir, tal y como lo define Boisin en 1826: "De todos los medios que la medicina puede aportar a la terapéutica de las enfermedades mentales yo no conozco uno más poderoso que el aislamiento". Aislamiento que habría de hacerse en una institución especial, la cual, para que la segregación fuera más perfecta, se construiría lejos de los núcleos urbanos, pensando evitar la acción perniciosa del ambiente, creando así uno nuevo, supuestamente ideal, pero artificial y moralizador.

Estos nuevos asilos destinados a la cura de los enfermos, y edificados bajo la dirección del médico especialista, con una tipología en concordancia con sus ideas científicas (minuciosamente estudiadas por Jetter) comenzaron a surgir por toda la geografía, muy lentamente a pesar del fervor de sus promotores (Esquirol 1772 - 1840), Tarchatte (1800 - 1866), Langermann (1762 - 1832), Conolly (1794 - 1866), etc.

La edificación de asilos no era una cuestión únicamente médica, sino política. La asistencia al enfermo mental dentro de la beneficencia, no era sino una pequeña parte -

de los presupuestos generales del estado, que se erigiera-- o no un asilo, se reformara o no la asistencia dependía de momentos coyunturales.

El nuevo sistema, al status del loco se le dió carta de naturaleza a través de leyes especiales, como especial -- fué siempre su condición; la primera de las cuales se dictó en España en 1822, pero por motivos políticos nunca entró -- en vigor; después en Francia en 1838, en Inglaterra en 1845, etc. era la legalización definitiva del encierro, la certificación de la locura, la burocratización de su asistencia, sobre todo la del pobre, pues las instituciones privadas -- fueron siempre muy flexibles en la interpretación de la ley. Los centros quedaron bajo el control de la autoridad gubernamental, como las cárceles, la cual tendría como en siglos anteriores la potestad de ingresar en uno y otro sitio al -- que de algún modo alterara el orden.

### 1.3 EL ASILO COMO INSTITUCION MEDICA.

La Maison Royal de Charenton, fundada bajo las direcciones de Esquirol se convirtió en un modelo ejemplar para las instituciones psiquiátricas futuras, la cual ha perdurado hasta nuestros días. Comenzando por su situación, fuera-

de la ciudad, siendo lo más importante su régimen interior el mantenimiento del orden social y la organización administrativa.

Todo ello era factible mediante un reglamento al -- que todo el mundo estaría sujeto (Esquirol 1838). El médico fué definido como el jefe absoluto de ésta sociedad artificial colocado en el vértice de una pirámide perfectamente jerarquizada.

Surgieron problemas con la organización administrativa para los cuales el médico no estaba preparado, nacieron luchas de competencia con el administrador, ya que éste era el representante más directo del poder político, de quién dependía la economía del centro. Tales luchas esterilizaron la marcha del establecimiento, mientras que donde el médico fué el único director, necesitó relegar con frecuencia en una sola función, en detrimento de la otra.

La vida del asilo se regía por medio de las normas que dictaba el reglamento, y las posibilidades de eludir esas normas eran mayores cuanto más alto era el escalón de la escala jerárquica. Por tal razón el médico se consideraba el único con derecho a dañarlos o perjudicarlos.

Dentro de todo ésto, los empleados se convierten en policia interior con fines puramente custodiales: "Los servidores deben dar ejemplo de desherencia y obediencia al jefe... por su número, representan un gran aparato de fuerza que rinde una gran utilidad... ellos persuaden a los -- más reacios de que toda resistencia será vana" (Esquirol - 1838).

Estos asilos tenían poco atractivo social y económico, lo que hizo que el personal fuera escaso y de baja calidad humana, abogando muchos psiquiatras por la creación de escuelas de fórmación (Parchappe, 1851).

Por lo tanto, las órdenes religiosas constituyeron en muchos lugares la base de un personal auxiliar fiel, -- conservador y barato. Al enfermo se le sumió en una espe-- cie de rol infantil, sin personalidad propia, consumida -- completamente dirigida a base de castigos y recompensas; - aislados por completo de cuanto pudiera hacer referencia a su mundo anterior, reducido su espacio vital a las peque-- ñas paredes del asilo y dependiente absoluto de la volun-- tad de sus superiores.

Esquirol (1838) decía: "Sumidos a una vida regulada,



a una disciplina, a un régimen bien ordenado, ellos - los-- locos- son obligados a reflexionar sobre el cambio de su si tuación". El médico sabía bien que el aislamiento, y más en éstas condiciones, hace pensar solo en la libertad, lo que se manejaba entonces con recompensa máxima para aquél que era capaz de enderezar su razón.

Por ésto, la salida se convierte en un instrumento de poder en las manos del médico, el cual no supo ver que cualquier persona sumergida en éstas condiciones pierde el interés por todo, se aliena, y se aliena más si ya lo estaba, por lo cual muchos enfermos no fueron capaces de resistir la influencia nefasta y triste del ambiente asilar.

Guislain (1852) algo nos indica al escribir: "que el enfermo que no sufre por el alejamiento de sus familiares, si no expresa el deseo de volverlos a ver, su enfermedad -- puede hacerse incurable".

Hasta ése entonces, no pensaba nadie en el hospitalismo como identidad propia.

#### 1.4 EL TRATAMIENTO MORAL.

Lo más positivo de ésta primera mitad de la centuria fué el esfuerzo que hicieron los psiquiatras por actuar sobre el enfermo a través de la atmósfera misma del asilo y de sus razonamientos "morales". La actitud asumida por el psiquiatra fué un tanto paternalista, autoritaria y en muchos casos despótica; por lo que el médico tuvo que realizar grandes esfuerzos por llegar al enfermo, para convencerlo en ciertos casos y comprenderlo en otros. La relación entre médico -paciente fué bastante directa, pero en la práctica ésta relación no resultó amistosa, sino más bien de poder; debido a que el tratamiento estuvo basado en el principio de autoridad a ultranza en el que el médico era a la vez respetado y temido.

Así el aislamiento mismo no era el acto de evitar al paciente la acción del médico, sino someter cuanto antes al enfermo a la voluntad del médico.

La intimidación constituye la base del tratamiento moral -- descrito por Leuret en 1840.

También la religión jugó un gran papel como nos señala Falret (1864): "Es un deber evitar el sentimiento religioso en los alienados y hacerlos volver, bajo éstas normas

normas como bajo tantas otras, a la ley común", frase que lleva implícita aún el concepto de locura como desviación de la norma.

Como parte del tratamiento moral, los medios coercitivos formaron parte importante de dicho tratamiento. Los aparatos de tortura de siglos anteriores tardaron bastante tiempo en desaparecer y lo que se hizo en éste siglo fué - sustituirlos por otros procedimientos no tan bárbaros pero sí funestos.

Los sistemas represivos adoptan variadas formas, siendo la camisa de fuerza la más inocua, utilizándose también todo tipo de aparatos mecánicos como ruedas giratorias, máscaras para evitar gritos y mordeduras, cestos, armarios o cajas, donde el enfermo sólo sacaba la cabeza, cinturones, - anillas, látigos, etc los cuales constituyen un increíble aparato de tortura, difícil de encontrar en la historia de cualquier otro grupo humano, aún del más peligroso.

Se considera que ningún otro grupo ha estado tan sujeto, por las propias características de su enfermedad, ante el poder y el afán experimental de sus guardianes. Hubo médicos que no compartieron estas ideas y muchos eran escepticos sobre el efecto de éstos aparatos, como nos decía

Damerow (1844), "Quizá algún día se enseñen como objetos curiosos".

Uno de los movimientos más importantes contra la coerción-mecánica nació en Inglaterra y fué Conoll y su principal protagonista.

El Nonrestraint está basado en los mismos principios morales que sus oponentes, pero en él se intentó desde un principio persuadir al enfermo, sin recurrir a los medios de contención mecánica. Se trataba al paciente con paciencia, bondad, por medio de atenciones cuidadosas, confort, limpieza, buen vestido, etc. En caso de agitación se recurría también a la celda hasta que se calmara, dicha celda estaba protegida, acolchonada para evitar lesiones. Aquí la pieza fundamental la constituyen los empleados "expertos y fornidos", encargados de vigilar al enfermo y reducirlo en su caso, aunque fuera a golpes. Es considerado también un aparato de fuerza, como los anteriores pero con el mérito de desechar todo el arsenal de tortura, contribuyendo a que con el tiempo, fuera posibilitando llegar cada vez más lejos en los intentos de liberalización de los asilos, a la vez que fué haciendo cada vez más importante el papel del personal auxiliar.

### 1.5 LA HIDROTERAPIA.

La hidroterapia fué uno de los recursos más antiguos añadido al tratamiento moral. Se utilizó durante todo el siglo en sus diversas variaciones, como un medio higiénico, terapéutico y disciplinario.

Había baños simples, algunas veces recomendados fríos, prolongados, pensando en sus posibles efectos sedativos; siendo el más aceptado el baño caliente que consistía en mantener al enfermo durante 10 ó 12 horas en agua caliente, repitiendo la operación varios días seguidos, teniendo cuidado de que el enfermo no sufriera accidentes de tipo circulatorio.

El baño de inmersión o sorpresa también fué de gran utilidad durante muchos años pero terminó aboliéndose por sus consecuencias desagradables.

Por otro lado, las duchas se generalizaron como medio terapéutico en distintas formas, especialmente la ducha fría, que entró a formar parte de los medios punitivos de que constaba el tratamiento moral, pasando a ser, hasta bien entrado el siglo XX un medio más de Restraint.

Griesinger nos dice de ella, en 1861: "La ducha no debe -- ser más que un medio de punición coadyuvante del tratamiento moral".

#### 1.6 REMEDIOS FISICOS.

Los medios físicos fueron usados igualmente que los medios mecánicos de contención en éstas primeras épocas, - los cuales intentaron dominar al paciente y cambiar por la fuerza su aspecto patológico.

Se utilizaron narcóticos, se efectuaron sangrías y - se administraron vómitos y purgantes. La cura del asco fué preconizada por Heinroth (1773-1843) en la que lo importante no era el vómito producido, sino el asco que desviaba al paciente de sus pensamientos haciéndole dirigir la mente hacia algo concreto, real y repelente. Este es el primer precedente de la cura de aversión que actualmente se practica, teóricamente bajo fundamentos más "científicos" pero que no deja de ser un nuevo tratamiento moral para el alcohólico. En otros casos se usaron también medios derivativos e irritantes de la piel, con la pretensión en el fondo de atraer o ahuyentar la sangre del órgano dañado, y así, Jacobi - - (1775-1858) aplicaba al cuero cabelludo rasurado cataplas-

mas de mostaza que llegaban incluso a provocar la necrosis del hueso. Nos damos cuenta que ambos tratamientos mecánicos y físicos tienen el mismo peligroso afán experimental. También hubo otros medios que se dedicaron a aplicar con cautela siendo algún que otro medicamento con efectos gratificantes.

### 1.7 LA TERAPEUTICA POR EL TRABAJO.

El trabajo se ocupó como medio educativo para moralizar - integraba al pobre hasta el punto de hacerlo obligado en sus instituciones de caridad.

En la Resolución del 21 de Julio de 1780 en España, nos habla sobre la instrucción y aplicación de los hospicios a los ejercicios y oficios y artes útiles al estado; según la cual a los niños se les enseñaba un oficio, los adultos se dedicaban a ejercicios más groseros que pedían fuerza y vigor y las mujeres se dedicarían a las tareas domésticas. También los ancianos tendrían su tarea incluyendo a -- las personas impedidas siendo su trabajo el pedir limosna.

La forma en que el hospicio trabajaba era interesante, pues se reservaba las 3/4 partes de lo que cada persona

ganaba, quedando la otra parte en depósito hasta su salida del centro, a pesar que el reglamento francés de alienados, en 1853, hablaba del derecho del enfermo a recibir una remuneración por su trabajo.

Así, el trabajo era impuesto e incluso se hacía con disgusto, importaba más el trabajo en sí que la índole del mismo, lo que incluyó a proporcionar tareas absurdas, sin sentido.

Los tipos de trabajo en general fueron diversos, abundaban las faenas manuales para el hombre y las labores domésticas para las mujeres; gran parte de ellas hechas rutinariamente, quedando poco a poco en beneficio exclusivo del asi, lo sin fines terapéuticos y contribuyendo solo a institucionalizar al paciente, aumentando su dependencia del centro.

El trabajo agrícola fué el que tuvo cierta importancia por que dió origen a las nuevas colonias y en las casas donde existió el trabajo, que no fué en todas partes, contribuyó a romper la imagen habitual de inanición de los asi los y a estimular al enfermo, favoreciendo su actividad y en muchos casos su resocialización.



Lo mismo puede decirse de los limitados intentos de actuar a través de la música o el teatro que tuvieron muchos detractores pero fueron el mejor precedente de lo que hoy entendemos por socioterapia. Este tipo de actividades--recreativas, dirigidas a distraer la atención del enfermo-- fueron empleadas fundamentalmente en los sanatorios privados y formaban parte del patrimonio cultural de unas clases determinadas.

Al pobre no se le distraía de ésta forma sino más bien, se le domesticaba o instruía.

#### 1.8 LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Esta segunda mitad de la centuria dió poco de sí en lo referente al terreno asistencial.

Los problemas políticos inherentes a la consolidación del nuevo régimen y las vicisitudes económicas generales hicieron difícil llevar a la práctica las modernas concepciones, de modo que sólo en contadas cosas tuvo que ver la reforma. La mayoría de los enfermos mentales continuaron en las viejas salas de hospital, en hospicios, casas de mendicidad, etc; quizás en peores condiciones que nunca porque todas esas instituciones se vieron avocadas a la ruina al haber terminado la fuente de sus ingresos (caritativas), que con-

frecuencia se administraron en forma malversa. También fueron desamortizados sus bienes sin que el estado pudiera todavía subvenir a sus necesidades.

Esta segunda mitad del siglo XIX coincide con el comienzo de un largo período de expansión económica a escala internacional que permitió afrontar los problemas de la nueva beneficencia, de ellos, la construcción de asilos de -- alienados. Para ese entonces la asistencia pasó a ser pública en detrimento de los asilos privados; aunque no se consiguiera en forma inmediata resolver el problema asistencial con suficiencia ni decoro.

Por otra parte, la psiquiatría clínica hasta entonces de neto corte francés, que había partido de las ideas -- filosófico morales de Pinel se adscribe unánimemente a la nueva concepción organicista del alemán Grieflinger (1817-- 1868) - las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro- teoría que acabó con el confucionismo doctrinal que ha bía dominado hasta ese momento a la vez que se incorporaba plenamente al movimiento científico de su tiempo, al posi-tivismo.

Aparecen las primeras revistas: en 1843 Psychology--

que, fundada en Francia por Baillager; en 1844 el Allgemeine Zeitschrift American Journal Of Insanity por Brigham; - en 1848 el Journal Of Psychological Medicine and Mental Pathology en Inglaterra por Winslow, como lo que la psiquiatría adquiere estado oficial como nueva y definitiva especialidad médica.

La psiquiatría teórica cobró un inusitado impulso -- con el patrón organicista de la nueva escuela germana, pero no se puede decir lo mismo de la asistencia. Este somaticismo a ultranza decepcionado enseguida por las insignificantes aportaciones que la anatomía patológica del cerebro pudo ofrecer, junto a la negativa influencia de las teorías degeneracionistas de Morel (1809-1873) y Magnan (1835-1912), convierte al psiquiatra en pesimista, negativo, aferrado a hipótesis de trabajo basados en una realidad que ellos -- creían científica, pero que no era sino una deformación producto del prisma institucional en que se desenvolvían.

Los factores morales fueron dejando paso a los físicos, paulatinamente las causas físicas sustituyen a las morales que terminan por desaparecer.

Importa mucho la disposición individual mientras el ambiente únicamente serviría para seguir justificando el interna-

mento. Sólo prospera el concepto retrógrado del influjo nocivo de la civilización. El psiquiatra se siente alienado - junto a la preponderante burguesía, lo que tiene su importancia porque contribuyó al conservadurismo suyo y a distanciarlo abismalmente de su enfermo asilar de escala social - mucho más baja. Y la universidad que tanto contribuyó en esta segunda mitad a la extensión del saber psiquiátrico, sólo sirvió para elevar el status social del médico pero no para mejorar las condiciones del enfermo.

La asistencia cambió poco, se abandonó lo que de positivo - había tenido el tratamiento moral.

A pesar de que Griessinger en 1861 nos hablaba de que "hay que procurar ante todo guardar la parte sana del enfermo, - fortalecer su propio yo, dirigiéndolo a sus intereses anteriores" ésta observación pasó inadvertida hasta nuestros - días.

El médico se fué distanciando del enfermo al adoptar una actitud cada vez más aséptica, impersonal positiva, comenzó a clasificar entomológicamente y olvidarse de ellos, como personas.

El nuevo lenguaje que resultaría tan ininteligible como la jerga de los propios enfermos hizo por mucho tiempo imposible el diálogo entre unos y otros.

El nihilismo terapéutico llegó a ser la tónica general, el-

### 1.9 EVOLUCION DEL CONCEPTO.

El concepto de evolución, fundamental en ésta psiquiatría tiene su importancia práctica porque se abandona la clasificación anterior en enfermos curables e incurables, para dividirlos ahora en agudos y crónicos, lo que en verdad no dejó de ser más que un juego de palabras, porque éstos últimos pacientes (crónicos) continuaron siendo el mayor contingente asilar, al que el psiquiatra no prestó ninguna atención.

A mediados del siglo hubo sus problemas por ésta cuestión, siendo Parchappe uno de los más firmes defensores de la inclusión de ambos tipos de enfermos en un mismo establecimiento, pero para el alienado y para su familia sería la más aflictiva condenación a la desesperanza.

Griessinger señalaba que la organización de los asilos debería ser esencialmente diferente para unos y para otros, de modo que se erigieron pequeñas clínicas dentro de la ciudad, siendo ésto lo más positivo que tuvieron, tamaño y situación. Tales clínicas constituyeron el germen de las clínicas universitarias y asilos para crónicos, lejos de los núcleos urbanos, a veces regionales que empiezan ya a ser enormes, sobre todo en Norteamérica, donde en 1865 se -

funda el primero para 1500 enfermos crónicos.

El trabajo, pieza fundamental en el tratamiento moral, intenta ser un elemento de ocupación de los pacientes crónicos, y a la vez sirviera para subvenir a las necesidades del propio centro. Empieza a aparecer la noción de rentabilidad preludio de la actual hospital-empresa.

La Conference on Insanity de 1870 en Norteamérica resuelve que una combinación del método tradicional y el de colonias sería la más aconsejable para la economía y eficiencia del asilo.

Las colonias agrícolas fueron la novedad asistencial, la primera de ellas, privada, se fundó en Francia en 1847, en Clermont, generalizándose después en sus diversos modelos.

En unos, se trata simplemente del viejo sistema de zaragoza a base de cultivar una extensión de terreno en los alrededores del asilo pero dentro de éste sistema cerrado empezaron a extenderse los llamados cotages o pabellones independientes alrededor de un cuerpo central con lo que se rompió el viejo concepto estructural del edificio monobloque. Siendo solamente el influjo de la nosografía sobre la arquitectura.

Otra modalidad interesante por su carácter abierto,-

fué la asistencia en familia cuyo conocido antecedente es -- la colonia de Gheel en Bélgica de origen antiquísimo que -- fué visitada y criticada por los principales psiquiatras europeos. Fué una modalidad muy extendida en Escocia donde tuvo lugar el más importante movimiento asistencial de todas las centurias, el Open Door, primer intento de abrir de par en par las puertas del asilo, rompiendo el aislamiento del enfermo.

Nos señala Griessinger que el sistema familiar tenía gran ventaja sobre las colonias, ya que en las colonias cerradas el enfermo vivía exclusivamente en sociedad con -- otros enfermos y empleados, en una libertad artificial, -- mientras que en las familias el ambiente social era el más idóneo para la readaptación del enfermo.

Pero la lástima fué que estos buenos propósitos no -- fueron aprovechados, porque en general acabó dominando el -- afán de rentabilidad, mientras el psiquiatra abandonó a los enfermos en manos de empleados quienes verdaderamente dirigieron las colonias.

La terapia por el trabajo recibió el más rudo golpe, se le asestó la última novedad terapéutica del siglo, la --

clínicoterapia, consistente en meter al enfermo en la cama con el único fin de tratarlo de la misma manera que a los pacientes orgánicos.

Es la expresión final de los esfuerzos que éstos psiquiatras hicieron por integrarse dentro de un contexto de una medicina científico natural que se resistía a admitirlos.

Se erigieron pabellones para enfermos mentales en los hospitales generales, lo que ahora se considera una gran conquista de nuestro siglo, pero en verdad no hacen sino devolver a éstos enfermos a la institución original de la que habían sido segregados a principios del siglo XIX.

Aparte de la erección de asilos especiales para ciertos grupos de enfermos como oligofrénicos, epilépticos, judiciales, etc., se hace destacar la creación de patronatos, formados por psiquiatras y otras personas, no siempre relacionadas con la medicina que se encargaron de la tutela del enfermo a su salida de las instituciones por el problema latente, la reinserción del mismo en una sociedad que durante todo el siglo se negó a aceptarlos, es pues que éstas personas se encargaban de manejar a éste tipo de enfermos. De éste modo, las condiciones de tratamiento y el carácter-



de las instituciones fueron empeorando a lo largo de los siguientes 75 a 100 años. La enfermedad fué considerada crónica irreversible y con un curso de deterioro.

Los logros conseguidos en los 50 años que median entre 1890 y 1940 establecieron la psiquiatría como ciencia; los avances en el diagnóstico y clasificación en la diferenciación de los trastornos orgánicos de los no orgánicos, el mayor conocimiento de los procesos infecciosos y su incidencia en el sistema nervioso central, la mejoría en las teorías psicológicas y sociales sobre la conducta humana, tanto adaptada como desadaptada y unas técnicas de tratamiento más efectivas fueron los evidentes logros de ésta ciencia. El desarrollo del psicoanálisis como cuerpo coherente de conocimiento y terapia, como psicología evolutiva y como método de tratamiento tuvo una significación especial.

La formulación de otras teorías psicológicas resultaron de gran utilidad para el entendimiento de la conducta humana de los individuos aislados, en grupo o en instituciones.

La adaptación de éstos cambios y técnicas nuevas de-

tratamiento indujo cambios en los conocimientos y terapéuticas psiquiátricas durante la segunda guerra mundial y después de ella.

Durante éste tiempo se redescubrieron y aplicaron varios principios terapéuticos en los cuales los programas de tratamiento y rehabilitación resultaron más eficaces al tener en cuenta el medio en el cual el paciente pudiera encontrarse a sí mismo; tomando en cuenta también la importancia del trato en la relación interpersonal, proporcionando apoyo emocional y más aún en los periodos de tensión.

Se captó asimismo también que trasladar a los pacientes a lugares distantes geográfica o emocionalmente aumentaba el grado de trastorno.

Se logró de la misma manera ventilar y tratar sobre experiencias temidas o ansiógenas para disminuir las tensiones.

Estos principios al ser aplicados en la vida civil y en los servicios psiquiátricos, después de la segunda guerra mundial, produjeron muchos cambios en las unidades psiquiátricas y en otras relaciones con éstas.

Los nuevos tratamientos farmacológicos cambiaron definitivamente el panorama de la psiquiatría gracias a su eficacia y

fácil empleo. Con ellos se ha logrado que los pacientes - sean más accesibles; se han disminuído sus estados de excitación aguda a la mínima expresión; se han eliminado los medios de contención y se ha facilitado el contacto entre el paciente y el personal.

Hacia 1953 hubo un cambio muy importante, los hospitales se fueron transformando en lugares cada vez más conectados con la comunidad, en los que la interacción entre los pacientes y el personal del hospital aumentó.

Estos cambios en la responsabilidad y en la forma de interacción dentro de las unidades psiquiátricas fueron denominadas por Maxwell Jones como "la comunidad terapéutica" que - ha resultado ser un modelo teórico y un modo de actuar en - el interior de éstas unidades psiquiátricas, hallándose - - orientadas hacia intervenciones terapéuticas desde un punto de vista psicológico y social.

Es una forma de terapéutica del medio que intenta hacer surgir en el paciente la capacidad de funcionar de una manera sana y desalentar la expresión de conducta patológica.

Se produce una nivelación de la jerarquía del hospital y se comparte la toma de decisiones con los pacientes y con em--

pleados de todos los niveles. Se intenta en sí, proporcionar un marco social en el que los pacientes puedan incrementar su autoestima al asumir mayor responsabilidad y dicho marco permite, asimismo, hacer mayor uso del potencial terapéutico de todo el personal.

A medida que los hospitales se fueron haciendo más democráticos, y a medida que los pacientes actuaban de forma más responsable debido a los tranquilizantes y a las mayores expectativas en relación con su capacidad para funcionar, se hizo evidente que la mayor parte de pacientes no sólo lo podían sino que debían vivir en un hospital abierto.

En 1963, el National Institute of Mental Health dió un gran impulso al desarrollo de los servicios de hospitalización parcial en Estados Unidos al especificar que las modalidades de hospitalización diurna y nocturna eran componentes esenciales de los centros comunitarios de salud mental subvencionados por el gobierno federal, según el decreto de centros comunitarios de salud mental de 1963.

Los otros componentes esenciales eran la hospitalización de pacientes en régimen de internamiento, cuidados a pacientes no internados, servicios de urgencias las 24 horas al día y servicios consultivos y educativos dirigidos a grupos y entidades de la propia comunidad.

Una de las principales finalidades de los centros comunitarios de Salud Mental era proporcionar una atención -- flexible, completa y continuada a los pacientes dentro de sus comunidades locales, como sustituto preferible a largos cuidados en régimen de custodia en grandes hospitales estatales.

La hospitalización parcial comprende la hospitalización diurna, la hospitalización nocturna y la atención hospitalaria dispensada por las tardes o durante los fines de semana.

En la hospitalización diurna, comprende un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico al que los pacientes acuden 5 días a la semana, excepto los fines de semana, desde las 8:30 A.M. hasta las 5 P.M.. Los pacientes desayunan y cenan en sus hogares y almuerzan en el hospital diurno.

En la hospitalización nocturna, los pacientes suelen trabajar o ir a la escuela y vuelven al hospital para la cena. Participan en actividades que tienen lugar después de la cena y duermen en el hospital.

En atención hospitalaria por las tardes y en los fines de semana, los pacientes desempeñan sus actividades en el trabajo o en la escuela y vuelven al hospital para some-

terse a programas de tratamiento por las tardes o durante - el fin de semana.

La mayor parte de la investigación y de la literatura psiquiátrica relativa a la hospitalización parcial tratan de - la hospitalización diurna ya que ésta es la más importante y más altamente desarrollada de las diversas formas de hospitalización parcial.

Algunos centros comunitarios de salud, poseen algunos aspectos novedosos como es la presencia de psicoterapeutas integrados en diversos niveles del funcionamiento de la institución: asistencial, docente y de interacción teórico-técnica, dando respuesta a distintas necesidades en el plano de la prevención y de la asistencia en la relación paciente enfermo mental - asistente.

Hemos visto el desarrollo de carácter asistencial en las instituciones psiquiátricas a través de las diferentes épocas, permitiéndonos ver la importancia que tiene la relación paciente-asistente psiquiátrico y que a través de los años y más aún en éstos 25 años se ha logrado recobrar su estabilidad y manejo adecuado en la participación a mejorar su ambiente.

## CAPITULO II

### ESTUDIOS PREVIOS

En la consulta bibliográfica no se encontraron investigaciones específicas en cuanto a la actitud del personal-psiquiátrico hacia el enfermo mental y sus rasgos de personalidad, por lo que me enfocaré al análisis que se ha hecho de la actuación del personal dentro de los hospitales psiquiátricos. Históricamente ha habido diversas opiniones sobre cómo deben llevarse a cabo las interacciones paciente y miembros del personal de acuerdo a las necesidades y comportamiento de los pacientes para que éstas les sean útiles.

En las diversas opiniones un grupo aboga por las respuestas naturales y espontáneas, donde se intenta utilizar éstas interacciones como una experiencia de la convivencia diaria.

En éste tipo de enfoque, las conductas y actividades del paciente, tanto las adaptadas como las desadaptadas, provocan en el personal ciertas reacciones espontáneas, aquí, el personal debe mantenerse una reacción general terapéutica y humana y debe evitar las reacciones excesivas que impliquen - su propia agresión, dependencia, sexualidad o defensas en - contra de los impulsos del paciente.

Los miembros del personal evitan las reacciones exageradas, pero dentro de unos límites se permiten a sí mismos responder de forma natural y espontánea.

Cuando se ha comprendido mejor el comportamiento del paciente, el personal empieza a reaccionar ante el comportamiento interpretando las reacciones más usuales, clarificando la naturaleza de la interacción o interpretando lo que el paciente hace y porqué lo hace.

Otro enfoque de cómo el personal debiera reaccionar ante el comportamiento del paciente en la comunidad terapéutica, es el que considera la actitud prescrita. Aquí, la dirección del equipo que lo atiende elabora un diagnóstico comprensible del comportamiento del paciente y prescribe la actitud que debe tomarse con el paciente en función del diagnóstico. Para muchos, éste enfoque resulta difícil de instaurar, ya que prescribe las actitudes del personal y reduce por lo tanto, la naturalidad y la espontaneidad.

Las actitudes suelen ser del tipo de amabilidad pero con firmeza, permisividad, limitación de las situaciones. Ambos enfoques se utilizan todavía en las comunidades terapéuticas, pero ha habido una tendencia a alejarse de las actitudes formalmente prescritas y de los ambientes muy plani



ficados, tomando en su lugar, la tendencia de mayor espontaneidad en los últimos años, a excepción del enfoque terapéutico de las unidades orientadas hacia la modificación de -- conducta, donde el medio está estructurado y planificado sobre la base de los principios, comprensión e intervención y terapéuticas conductistas.

El enfoque de la comunidad terapéutica sugiere se fomente entre el personal la creación de equipos terapéuticos multidisciplinarios, en los que se comparta un buen número de papeles. Este tipo de personal disciplinado posee una -- orientación jerárquica y autoritaria tanto en la relación - con los pacientes como con la institución.

Estos papeles que desempeñan, se comparten y se superponen, reconociendo que muchos de los miembros del personal, sin tener en cuenta su profesión, educación o experiencía profesional, llevan a cabo las mismas intervenciones terapéuticas. Algunos miembros del personal estarán calificados y serán capaces de interactuar en psicoterapia individual o de grupo con los pacientes, incluyendo categorías como pueden ser psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros. También podría ser entrenado para llevar a cabo algunos tipos de psicoterapias el personal técnico o pro

fesional; pero a pesar de la superposición y de que se comparten los papeles, cada miembro del personal continúa haciéndose cargo de aportar su propia experiencia al proceso terapéutico.

Además otra característica de la interacción del personal dentro de éste enfoque es la frecuencia de asistencia a reuniones periódicas, donde se comparten en forma oral o escrita, las observaciones sobre el comportamiento del paciente y del personal de la unidad.

Frieda Fromm - Reichmann en su estudio nos habla que los enfermeros tienen una mayor tolerancia y menor temor de los pacientes difíciles si se los mantiene al tanto de la dinámica de la patología del paciente, en términos de progreso o retardo, según fuera el caso. En ocasiones también resulta útil al psicoanalista introducir en las entrevistas con su paciente la información que obtiene de otros miembros del personal, especialmente si se refiere a elementos afectivos importantes que el paciente omite mencionar.

Hector Ferrari. Interconsulta médico - psicológica y relación médico-paciente. Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina. Buenos Aires, Argentina, Sept. 1983. Vol. - 29 No. 3. En su trabajo nos habla sobre el desempeño conjuno

to de médicos y psicoanalistas compartiendo la responsabilidad del cuidado clínico de pacientes, la cual ha abierto un espacio de participación interdisciplinaria: el de interconsulta médico-psicológica (ICMP). La ICMP surge de la aplicación y comprensión psicoanalítica a este nuevo campo de acción. La meta significativa es, asistir al paciente, entendiendo por asistencia el cuidado especializado, que permite discriminar claramente sus necesidades, hacerse cargo de -- las mismas y contenerlas dentro del marco de la relación médico - paciente en que se desarrolla la enfermedad.

De acuerdo al estudio realizado por:

J.F. Díez Manrique, J. Menéndez Arango, C. Samaniego Rodríguez, J.L. Vázquez Barquero, J. Guillén Acedo, J. Lequerica Puente, A. Liaño Rincón, R. García Quintanal y C. Peña Martín.

Actas Luso - Esp. Neurol, Psiquiatr., 11, 4 (295-312), 1983.

Por medio del cual se pretendió abordar un análisis de la actitud que sobre la enfermedad mental tiene el medio provincial. Este trabajo pretendió medir la actitud hacia - el enfermar psíquico en 3 campos:

1. En la población médica.
2. En la población médica - hospitalaria

3. En la población, en general, referida la muestra exclusivamente al medio rural.

#### ACTITUD DE LA POBLACION MEDICA.

En la población médica se obtuvo por conclusiones, - que el médico considera a la psiquiatría una disciplina médica importante.

La demanda de atenciones psíquicas para la población de pacientes atendidos por la muestra es alta, considerando alta también la importancia de los factores psicológicos en la etiología, desencadenamiento y evolución del enfermo. Se estima alta la atención que el médico general debe dedicar a problemas psiquiátricos.

El 37% de los médicos estiman que en sus consultas atienden entre un 20 a 60% de enfermos psíquicos.

Un 37.5% de los médicos consideran a la Psiquiatría poco -- eficiente en sus resultados terapéuticos (mejoran poco, se monifica, empeoran).

ACTITUD DE LA POBLACION MEDICA DE UN HOSPITAL GENERAL HACIA  
LA UNIDAD PSIQUIATRICA.

Esta parte del trabajo fué aportada a la Ponencia sobre medicina y psiquiatría en el XIII congreso Nacional de Psiquiatría de Granada, y es un trabajo del equipo psiquiátrico de la Unidad de Psiquiatría del Centro Médico Nacional "Marqués de Valdecilla" por J.F. Díez y Colaboradores, - 1979.

Desde el punto de vista asistencial se tiene una - - coordinación muy clara con los Centros de Rehabilitación -- Psiquiátrica de la provincia, pero se carece de un equipamiento preventivo y de un equipamiento postalta. Carece, -- asimismo, el Servicio de dotación para la asistencia de paidopsiquiatría. En éste medio, se decidió investigar una serie de variables en relación con la Unidad Psiquiátrica dentro del Hospital General; pretendiéndose valorar, por una-- parte la actitud hacia el enfermo mental de los médicos del hospital, y de la otra, la valoración del Servicio por la - utilización que de él hacen los médicos del centro. Se dedujo de los datos obtenidos, que entre la población médica del hospital se produce un rechazo (desconocimiento, - temor mítico, etc) hacia el enfermo psíquico.

Este rechazo y sus paradojas se acentúan en los cuadros delirantes, las demencias, y las agitaciones, obteniéndose desviaciones típicas que se acercan a la esperable teóricamente (1,29) lo que indica una dispersión alta de las respuestas. Aceptación como necesidad de una Unidad Psiquiátrica en el Hospital General con valores estadísticos muy significativos.

#### ACTITUD DE LA POBLACION HACIA EL ENFERMO PSIQUIATRICO.

Los datos analizados fueron obtenidos en un trabajo de campo (J.F. Díez Manrique, 1976) en el que se trabajó sobre la muestra total de escolares entre 8 y 14 años de dos zonas rurales de dicha provincia, donde en el medio infantil estudiado se tiende a negar la locura familiar como algo vergonzoso.

El loco es considerado como un ser muy peligroso y se rechaza de un 75% más o menos al enfermo mental del medio comunitario, considerando que debe aislarse en otro medio.

Como conclusiones finales se puede decir que los médicos y población encuestada detectan en su trabajo y en el medio la enfermedad mental.

Consideran los médicos que la psiquiatría debe resolver és-

tos problemas, incluyendo en ellos aspectos puramente psicológicos y humanos o médicos cuando éstos se presentan en forma de violencia, agitación, demencia o extrañeza psicológica.

Al tiempo que se solicita esta exigencia a la psiquiatría - se duda de su eficacia. Siendo ésta duda mucho menor en los médicos del medio hospitalario.

El enfermo mental es rechazado en menor o mayor grado y con matizaciones clínicas por un porcentaje alto de la población médica, proponiendo su inclusión en hospitales psiquiátricos o su exclusión del hospital general en un 25 y un -- 44% respectivamente.

El rechazo de la población infantil estudiada se incrementa opinando el 74% que el enfermo psiquiátrico no debe vivir - en la comunidad.

Que el rechazo está justificado, en alguna medida, en la -- creencia de que el enfermo mental es peligroso.

En éste trabajo se valoraron las diferentes respuestas de - opinión sobre el enfermo mental obtenidas en 3 muestras de dicha población regional. Los colectivos investigados son - médicos generales, médicos de medios hospitalarios y población escolar de dos áreas rurales.

Analizados los datos puede afirmarse:

En los distintos grupos estudiados detectan la enfermedad -

mental en la población.

La Psiquiatría está obligada a resolver problemas aunque se duda de su eficacia.

El enfermo mental es rechazado.

Henri Ey. La Asistencia Psiquiátrica en Francia.

Revista Charma. Pág 13 - 21.

Henri Ey nos habla en su artículo de las 3 revoluciones en cuestión de asistencia psiquiátrica.

La primera que coincidió con la Revolución Francesa y el -- primer gesto de Pinel, que indefirió al alienado como a un enfermo que había que sacar de las prisiones para situarle en condiciones más favorables.

La segunda revolución que se debió a Edouard Toulouse en -- 1922, momento en que se organizó un servicio de cura libre en el Asilo de Santa Ana, centro de la Psiquiatría Francesa. Por último la tercera revolución ocurrida después de la liberación, en 1945. La generación de psiquiatras pertenecientes a esta época emprendieron un inmenso trabajo de reflexión y se lanzaron a una empresa que desembocaría en el hospital psiquiátrico.

Como punto fundamental en éste artículo es la importancia de los problemas de personal, haciendo hincapié en -



que urge la necesidad de formar más especialistas pues los jóvenes que se especializan se dedican a una clientela privada, sobre todo como psicoanalistas y no pueden tratar toda su carrera más que algunos centenares de enfermos, --- mientras que en plazo de 30 años hay en el país (Francia) - un millón de enfermos a quien cuidar y para ésto sería preciso disponer de 4000 especialistas y no son más que 1500 y por todo ello resulta difícil comprender que las Facultades de Medicina, no formen más especialistas, las clínicas universitarias son insuficientes (no hay más que una docena en todo el país y solo 2 en París. Siendo ésta la laguna más grave de que sufre la asistencia en dicho país.

## CAPITULO III

## ACTITUDES Y RASGOS DE PERSONALIDAD.

3.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ACTITUDES3.1.2 PERSPECTIVAS HISTORICAS.

Algunos autores piensan que el concepto de actitud es el más importante de la Psicología Social (Berkowitz, -- 1972; Mc Guire 1969), y ha sido tal su importancia que en 1918 Thomas y Znaniecki pensaban que la Psicología Social era el estudio científico de las actitudes. Desde luego ha tenido mucha importancia este concepto, y las actitudes han sido el centro de numerosas investigaciones, teniendo un -- campo muy amplio dentro de la Psicología Social.

El desarrollo del estudio de las actitudes ha estado relacionada con el desarrollo de la sociedad de consumo de Occidente, así como con la situación del mundo en los últimos 50 años. En la Psicología las actitudes no son un concepto aislado, sino que se encuentran íntimamente interrelacionadas con conceptos como la motivación, que nos permite comprender que la actitud tiene una fuerza impulsora, como la percepción, que nos permite comprender como percibimos -- al mundo que nos rodea desde una perspectiva psicofísica y-

sociopsicológica; como la personalidad, que considera a las actividades o en ciertas estructuras actitudinales como patrones de la personalidad bastante estables, por lo que las actitudes son un concepto importante en la Psicología, aunque se les debe considerar también parte del instrumento -- psicológico que permite explicar y modificar la conducta.

G.W. Allport en un artículo muy significativo escrito por él expresa el punto de vista de que el concepto de la actitud probablemente es el concepto más distintivo indispensable en la Psicología Social Contemporánea Norteamericana. Aún han transcurrido más de 20 años y el estudio de las actitudes continúa siendo una zona importante de investigación y en realidad varios autores han definido la Psicología Social como el estudio científico de las actitudes. Bogardus y Folson también han descrito la Psicología Social como ciencia que se ocupa principalmente del problema de -- las actitudes.

Allport sugiere que una de las zonas de la popularidad del concepto de la actitud de la Psicología Social es -- que se libera de la antigua controversia acerca de la influencia relativa de la herencia y del medio ambiente. Las actitudes pueden ser estudiadas y han sido estudiadas sin --

referencia directa alguna a sus posibles orígenes biológicos sin embargo, ha habido investigaciones que se han ocupado de ésta cuestión de los orígenes.

More por ejemplo, trató de descubrir alguna relación entre la actitud radical y conservadora. Por una parte la presunta composición temperamental y hereditaria del individuo por la otra.

Allport nos da la siguiente definición; donde actitud es un estado mental y neural de suposición organizado a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado ---un estado neuropsíquico de exposición para entender --- una actitud mental y física, es decir, la presencia de una actitud al individuo para cierta reacción.

W. Comb en forma semejante habla de la actitud como un estado de disposición para despertar motivos, una actitud del individuo hacia algo, es su predisposición, para hablar, sentir, percibir, en relación con ello. Para 1935, Allport indicó la existencia en bibliografía de una gran variedad de definiciones diferentes sobre actitud,

y así consecutivamente en los años posteriores, por lo que Berkowitz (1972) propuso dividir en categorías las definiciones con base en tres categorías básicas.

Algunas como las propuestas por Thurstone y Osgood consideran que la actitud es una evaluación o una reacción afectiva, entonces se medirá la actitud teniendo en cuenta si los sentimientos de un individuo hacia un objeto son favorables o desfavorables.

Otros autores consideran que es característica principal de una actitud la disposición a actuar de cierto modo. Un tercer grupo de investigadores piensan que la actitud es una mezcla de tres componentes: el afectivo, cognoscitivo y el conductual o tendencial.

Por todo ello, se puede definir la actitud como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento.

Las actitudes de un sujeto se hallan integradas en su personalidad global y son condicionados por ella.

En toda actitud se hallan presentes las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: percepción, emoción y motivación, las cuales se comprueban mediante el estudio de los componentes de la actitud.

El componente cognoscitivo que consiste en las creencias, - valores y estereotipos acerca de un objeto.

El componente afectivo se refiere a los sentimientos y emociones que acompañan en mayor o menor grado, a toda actitud y el componente tendencial que abarca la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Es el componente más directamente relacionado con la conducta.

REPRESENTACION ESQUEMATICA DE UNA ACTITUD.

Variable Independiente (mensurable)	Variable Interviniente	Variable Dependiente (Mensurable)
	Componente Afectivo	--Rptas del siste <u>ma</u> nervioso. --Enunciados Verbales.
Objetivo de la actitud (estimulo)	--- Actitud	--Rptas percepti- vas.
	---Componente Cognoscitivo	--Enunciados verbales.
	Componente Conductual	--Conducta pública.
		-- Enunciados Verbales.

Las actitudes de un sujeto no se encuentran aisladas entre sí, sino arracimadas en forma de grupos o constelaciones que se mantienen unidas por cierta fuerza de cohesión interna.

En espera de que las actitudes de cada grupo sean semejantes y coherentes entre sí, a su vez los diversos grupos de actitudes están relacionados unas con otras entretejiendo el sistema o conjunto global de actitudes y la importancia o significación de una actitud estará determinada no sólo por su intensidad sino especialmente por su posición jerárquica en el sistema. Suelen las actitudes estar conectadas con una ideología que los sustenta.

En la formación de las actitudes intervienen tres -- factores: La información que recibimos, el grupo con el que nos identificamos y nuestras propias necesidades personales. La información que recibimos deberá ser suficiente para que al componente cognoscitivo no le falte el debido apoyo en la realidad y no caigamos en la arbitrariedad o en el perjuicio; pero aunque la información acostumbra a ser bastante incompleta dado que la capacidad humana es limitada, nos resulta totalmente imposible obtener un conocimiento exhaustivo acerca de todas las cuestiones, la manera de subsanar este déficit es tender a generalizar e incluso a extrapolar



lo que poseemos y nos atrevemos a dar un juicio de conjunto. Es importante tener fuente de información adecuada, como lo es la enseñanza donde se adquiere un importante caudal de datos y orientaciones que van condicionando nuestras creencias y valores, matizando la afectividad y creando en nosotros determinadas orientaciones a la acción.

En un segundo lugar se encuentran los medios de comu-nicación social (masa-media) que constituyen otra notable--cartera de datos para el hombre moderno. Un sin fin de mensajes radiados, televisados o leídos bombardean diariamente nuestro cerebro despertando en él multitud de ideas, sentimientos y tendencias y la función de ésta masa-media es de reforzar las actitudes que se poseen, más bien que modelar--otras nuevas. La gente tiende a percibir y recordar principalmente los datos que están en línea con sus actitudes.

Al igual que nuestra experiencia directa nos suminis-tra un cúmulo de elementos informativos, también por medio del grupo en que nos movemos llega cierto tipo de informa--ción.

La influencia que el grupo ejerce sobre sus miembros se debe ante todo, que en todo grupo humano existe una presión--hacia la conformidad, es decir, una fuerza que crea, estimu-

la y mantiene la cohesión grupal y por otra parte la necesidad de ser aprobado induce al individuo a incorporar las actitudes del grupo. Señalando también que a nivel grupal todos los miembros poseen una información idéntica y que probablemente en la elección del propio grupo ha intervenido - el observar en sus miembros unas actitudes similares a las propias.

La actitud se forma en el proceso de satisfacción de nuestras necesidades y su signo positivo o negativo depende de si efectivamente se satisfacen o no.

Las actitudes se modifican cuando cambian los factores que las han originado, o sea, la información, los grupos y la personalidad del individuo. Tomando en cuenta la configuración del sistema de actitudes del sujeto y la posibilidad de que sea ejercida una coacción sobre él.

Respecto a la conexión existente entre cambio en las actitudes y sistema en el que éstos se encuentran integradas se destaca que una actitud será tanto más fácil de modificar cuando menor sea su intensidad, más irrelevante su posición en el sistema y más pequeña la cohesión de éste. E inversamente la probabilidad de cambios en un sistema de actitudes será escasa cuando éstos se hallen profundamente -- arraigados en la personalidad y estén unidos por una potencia

sa coherencia interna.

Resulta difícil cambiar una actitud que tenga gran significación para una persona y que dé sentido a su vida.

El proceso de maduración le orienta en cada etapa de la vida hacia cierto tipo de actitudes en consonancia con las necesidades de la edad.

También pueden ocurrir que los cambios de personalidad y actitud obedezcan a circunstancias especiales que irrumpen --inesperadamente en la vida del individuo (experiencia traumática o profunda).

### 3.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD

Basándonos en la teoría de los rasgos de Gordon Willard Allport, donde clasifica a la gente de acuerdo al grado con el que puede ser caracterizada en términos de un número de rasgos. Se puede describir una personalidad por su posición en un número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo.

Allport estudia la estructura y la dinámica de la personalidad en forma conjunta. Es así como define la personalidad --bajo la importancia de los conceptos: reflejos condicionados, hábitos, actitud, rasgo y persona; dando mayor énfasis a los rasgos.

Rasgo y actitud son ambos predisposiciones a la respuesta y ambos deben ser únicos; iniciadores o guías de la conducta y forman el punto de unión de la tendencia de factores genéticos y de aprendizaje; pero sin embargo existe diferencia entre ambos conceptos.

La actitud está ligada a un objeto específico o a varias -- clases de objeto y el rasgo no, y la generalidad del rasgo es mayor que la de la actitud.

La actitud varía desde el punto de vista de su generalidad de altamente específica a generalmente relativa, -- mientras que el rasgo debe ser siempre general. La actitud -- por lo general implica evaluación (aceptación o rechazo) -- del objeto hacia el cual está dirigida, no siendo así el -- rasgo.

Actitud y rasgo son conceptos indispensables para la Psicología de la Personalidad. El concepto de actitud debe ser -- empleado cuando la disposición está enlazada a un objeto de valor, cuando está dada por una clase de estímulos bien definida y cuando el individuo siente hacia ellos atracción o repulsión.

Se establecen diferencias entre rasgos individuales y comunes, cardinales, centrales y secundarios.

Los rasgos individuales son únicamente de una persona y no se pueden aplicar a otra persona. Son únicos aplicables a--

ninguna persona, es decir, dos individuos nunca tienen los mismos rasgos, aunque pueden existir semejanzas en la estructura de aquellos de diferentes individuos, hay siempre factores únicos en la forma en la que cualquier rasgo particular opera en una persona que la distingue de otras con rasgos similares. El rasgo común no es una distinción verdadera sino un aspecto mensurable de los complejos rasgos individuales. Rasgos comunes de comportamiento de una cultura pero no una cosa muy profunda acerca de la personalidad, en el ejemplo de un jugador de foot-ball -su meta- ganar- no dejarse vencer por los demás. El rasgo cardinal viene siendo el rasgo dominante en una persona donde todas las conductas se van a ver influenciadas por ese rasgo. Un rasgo de éste tipo no puede permanecer oculto y un individuo es identificado o puede volverse famoso por él; un ejemplo claro sería la facilidad que posee una persona para escribir poemas o poesías.

Los rasgos centrales representan las tendencias características de lo individual y son fáciles de inferir y el número de éstos rasgos por medio de los cuales se puede conocer en forma adecuada a una personalidad, son pocos 5 ó 10.

Los rasgos secundarios son difíciles de conocer, son más limitados en su ocurrencia, menos cruciales en la descripción de la personalidad y fáciles de determinar por las respues-

tas que producen. Casi nunca aparecen y no nos dicen nada de la personalidad, como lo es la predilección por un color. Existen también, ciertos rasgos que pueden ser considerados expresivos como son los intereses, los valores y las intenciones de amplio rango; otros llamados actitudinales que -- son aquellos cuya influencia se limita a ciertas áreas específicas de la vida.

La cuestión de que si los rasgos sirven sólo para -- guiar o dirigir la conducta o también para iniciarla o instigarla, se puede decir que existe una estimulación previa que se relaciona con la activación del rasgo, una provocación externa o un estímulo interno de cualquier clase siempre precede al rasgo. La mayoría de los rasgos no son reflectores de estímulos externos; el individuo busca activamente estímulos que hacen apropiada la operación del rasgo que posee.

## CAPITULO IV

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION PSIQUIATRICA  
SAN JUAN DE DIOS.

Por la Avenida González Ortega se encuentra éste Sanatorio, el cual se inició por la Calle de Morelos en el año de 1904, por los religiosos Juaninos Benito Menni, Andrés Ayúcar y el Dr. Luis Merino.

Posteriormente la entrada principal estuvo por la Avenida 20 de Noviembre hasta el día 2 de Febrero de 1975 en que se inauguraron las nuevas instalaciones en terrenos del mismo sanatorio por el C. Presidente Municipal Don Angel Romero Llamas.

#### 4.1 ORIGEN DE LA FUNDACION.

El origen de esta casa hospitalaria radica en el acontecimiento completamente inesperado para la orden de San Juan de Dios; en 1903, Don Felipe Osante tiene la desgracia de que su hijo José Antonio sufra trastornos de sus facultades mentales. Existente en éstas épocas el establecimiento hospitalario en Guadalajara, Hospital de San Martín, hallándose Don Felipe Osante en contacto con la comunidad de dicha casa, interesado porque su hijo fuera cuidado por-

los hermanos de San Juan de Dios; el cual fué atendido y -- cuidado dos años por los hospitalarios, pasados los cuales -- y previa compra de una finca con viejo edificio y pequeña -- huerta, se realizaron obras y modificaciones necesarias has -- ta la creación de la casa de la Salud, Sanatorio Psiquiátri -- co San Juan de Dios.

La inauguración tiene lugar por el Reverendísimo Padre Ca-- siano Gasser (Prior General de la Orden) Provincial -Padre-- Andrés Ayúcar, Padre Azcué (Prior de ésta casa anexa a su-- priorato de la de San Martín) Facultativo el Dr. Luis Meri-- no. Toma posesión de su cargo el superior Padre Domingo Dal -- mau; constituyendo la primera comunidad de ésta fundación -- los hospitalarios siguientes: Sixto Aberastury, Teodoro Her -- nández, Alfredo Aramburu y Damian Luengo.

Durante los años siguientes logró ampliarse la institución, se inaugura su capilla, la portería y se edificaron algunos pequeños edificios para su funcionamiento.

Al transcurrir los años 1914 a 1940, hubo una larga-- persecución que sufrió la iglesia Católica en México, en la cual las casas de México corrieron el gran riesgo de ser in -- cautadas por el gobierno, pero no se llevó a cabo la desa-- gradable clausura.



En la época actual la vida de éste sanatorio ha sido próspera, llena de dificultades de adaptación a las circunstancias políticas del país y a las características raciales de sus habitantes por el apego a sus ancestrales costumbres y tradiciones. Ello ha hecho desarrollar extraordinario esfuerzo apostólico a los hospitalarios destinados a esta casa, en especial a los superiores.

Hacia el año 1949 fué inaugurada la construcción del pabellón de la portería necesaria para facilitar el acceso al sanatorio e instalar en él los servicios de especialidades, dirección Médica y Administrativa.

En los finales de los años 60 (s) se iniciaron estudios para el proyecto del nuevo sanatorio, atendiendo al siguiente programa de necesidades generales:

- Sanatorio para enfermos mentales
  - Ambos sexos
  - Crónicos y agudos
  - Capacidad de hospitalización: 300 personas
  - Residencia para dos comunidades religiosas: frailes y monjas.
  - Consulta externa
  - Tratamientos.
- Servicios complementarios diversos.

Consta éste hospital con una zona exclusiva de estacionamiento de vehículos.

También se encuentra a su lado el edificio de Psiquiatría - del IMSS que se maneja independientemente y es rentado por el Sanatorio. Un edificio de administración y Consulta externa, un edificio de tratamientos y el edificio de talleres y gimnasio, además los pabellones o edificios correspondientes a la hospitalización de Mujeres (crónicas y agudas) y la hospitalización de hombres (crónicos y agudos), comedores y servicios de cocina y lavandería (ropería), cocina, despensas, cuartos de refriteración y otras instalaciones especiales (equipo de bombeo, cisterna, canchas de foot-ball y volley-ball, jardines, etc.).

#### 4.2 POLITICAS DE TRABAJO EN LAS ACTIVIDADES MEDICAS.

(Manejo multidisciplinario del enfermo mental hospitalizado).

##### 4.2.1 PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Actualmente éste hospital psiquiátrico está ubicado en la Villa de Zapópan, municipio que ha quedado integrado a la ciudad de Guadalajara, donde la zona de influencia médica abarca aproximadamente 8 estados de la república, -- principalmente la zona pacífico como son: Baja California,-

Sonora, Sinaloa, Nayarit, Colima, Michoacán y Jalisco.

Dada la responsabilidad se han llevado a cabo programas de Salud Mental tomando en cuenta las actuales necesidades sociales y las posibilidades psiquiátricas.

Por ello surgió un principio organizativo cuyas metas fundamentales son, la estructuración de un medio institucional - con condiciones ideales para el manejo del enfermo psiquiátrico y la utilización de todos los recursos materiales humanos disponibles.

El primer paso ha sido la formación de equipos multidisciplinarios integrados por:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Trabajadora Social
- Médico Residente Psiquiatría
- Enfermera

Los cuales tienen la responsabilidad de la atención Psiquiátrica del hospital en los siguientes aspectos:

- Atención de pacientes hospitalizados
- Programas especiales para pacientes internados y ambulatorios o de consulta externa.
- Atención de la consulta externa.

Este personal técnico se encuentra integrado a las siguientes secciones: sección de psiquiatría, sección de psicología, sección de trabajo social, sección de enfermería y jefatura de residentes de postgrado en psiquiatría.

Al inicio de éste programa los equipos de trabajo comenzaron su entrenamiento en el manejo de un micro medio social y desarrollaron sus capacidades para manejar grupos humanos en busca del principal objetivo, la creación de un ambiente donde el enfermo mental no se sintiera enajenado y donde todas las constantes relaciones interpersonales tengan la intención de un objetivo terapéutico.

Con todo ello se pretende que el paciente pierda su categoría de inválido permanente y su papel pasivo en el tratamiento, ya que se considera que los desórdenes mentales no son estados crónicos que irremediablemente llevan al paciente al deterioro. Esta presunción ha hecho que el personal de los hospitales psiquiátricos tradicionales tolere o propicie las condiciones que traen consigo el deterioro.

Existe concientización de liberar el criterio del llamado cuidado custodial que ha tendido a enervar la situación social del paciente, por lo que en la actualidad se es

tá operando toda una serie de cambios en las actitudes hacia los desórdenes mentales.

Antiguamente el tratamiento y la rehabilitación eran objetivos separados. Pero en éste actual programa de trabajo, éstos factores se tratan de armonizar en un todo único. El tratamiento no se centra sólo en la enfermedad y la psicoterapia individual, que aunque no se excluye, no se considera preponderante.

El Psiquiatra y los miembros de su equipo multidisciplinario rompen el rígido marco de su especialidad y se integran a la transformación del micro-medio social hospitalario.

Así se ha empezado a captar que los equipos de salud mental cada vez con mayor frecuencia, se ven enfrascados en múltiples situaciones fuera de la institución, lo cual lleva a valorar los aspectos preventivos primarios. Lo anterior se debe a que se ha logrado ir desplazando la importancia del paciente único, visto durante un cierto lapso de tiempo, al estudio indefinido, ya que se considera que la comunidad en que vive y se desenvuelve el paciente puede ser el origen de los trastornos de comportamiento que éste muestra, ya -- que todo puede ser producto de un aprendizaje social inadecuado.

cuado y todo este medio o atmósfera emocional en que se ha desarrollado el enfermo puede no solo estar reforzando las inadecuadas formas de reaccionar sino también estar dificultando el aprendizaje de nuevas conductas adaptativas.

La principal tarea del medio hospitalario es el aseguramiento de un medio social en el que el paciente pueda desempeñar una función correcta y donde la madurez, consistencia, aceptación y actividad del grupo facilite la experiencia emocional correctiva, constituyendo ésta la forma más práctica de extinguir condicionamientos inadaptativos, o sea, conductas anormales y aprender nuevas respuestas de mayor calidad.

No se considera que es solo en la relación con el equipo técnico de la institución, que el paciente se beneficia; sino que también en el análisis que el paciente puede hacer de la situación humana de otro enfermo; las palabras de apoyo recibidas del personal auxiliar o de un paciente en recuperación después de haber pasado por similares experiencias; y el bienestar de ayuda a otro enfermo, hacen que los restantes miembros del grupo, sin calificación técnica, puedan convertirse en importantes agentes terapéuticos, advirtiéndose que la relación interpersonal de ayuda es tarea de todos.

Este hospital es el centro más importante de enseñanza de las disciplinas psiquiátricas en ésta provincia por lo que obliga a contar con programas adecuados y de alto nivel. Considerando el curso de postgrado en psiquiatría de la UAG el más importante del cual éste hospital es sede. Se es consciente de que la creciente especialización ha alejado al médico del objeto que debe beneficiarse de sus avanzados conocimientos y que no es otro que el hombre, considerando como un todo y formando parte de su contexto social.

Por ello, el hospital se ha preocupado porque en los programas de enseñanza se destaque la importancia de una medicina más integral. En forma especial, a los médicos en postgrado se les oriente a romper los moldes de la psiquiatría tradicional que ya resulta obsoleta para resolver las necesidades del paciente en la actualidad, se les demuestra que el radio de acción del especialista tiene que ser ampliado y como consecuencia directa hay que trabajar en equipo y desarrollar cada vez más las técnicas del grupo.

Por lo general, la misma política es seguida en los diferentes departamentos pertenecientes a pre-grado de medicina, Psicología y Trabajo Social.

#### 4.2.2 DEFINICION.

Unidad médica especializada, de tipo privado, destinada a la atención en salud mental integral, para adultos - de uno y otro sexos, de la zona metropolitana de Guadalajara, del resto del Estado de Jalisco y los Estados de la zona del Pacífico - un total de nueve aproximadamente-.

#### 4.2.3 OBJETIVOS GENERALES.

- Brindar atención psiquiátrica integral a los pacientes hospitalizados, ya sean éstos privados o pertenecientes a alguna institución que subroge el servicio (IMSS, ISSSTE, FF.CC., T.G.E.).

- Brindar atención de salud mental integral, a nivel de consulta externa, de bajo costo y alta calidad, prestando así un servicio social a la comunidad.

- Impartir enseñanza en las disciplinas psiquiátricas a:

- Alumnos de postgrado en Psiquiatría
- Alumnos de pregrado de medicina
- Pasantes y practicantes de Psicología
- Pasantes y practicantes de Trabajo Social



- Pasantes de enfermería.

#### 4.2.4 JERARQUIAS

Entidad Rectora, que representa a la comunidad

- Junta de Gobierno del Hospital.
- Dirección Administrativa
- Dirección Médica
- Juntas de Asesoría Administrativa y/o Médica.
- Jefes de Sección (Psiquiatría-Psicología-Trabajo Social-Enfermería y Personal-Médicos Residentes e Internos).

#### 4.2.5 ACTIVIDADES PARA LOGRAR OBJETIVOS.

Las que realizan los equipos multidisciplinarios, --  
formados por:

- Médico Psiquiatra
- Psicóloga Clínica
- Trabajadora Social psiquiátrica
- Médico Residente en Psiquiatría

#### 4.2.6 PERSONAL ACTUAL

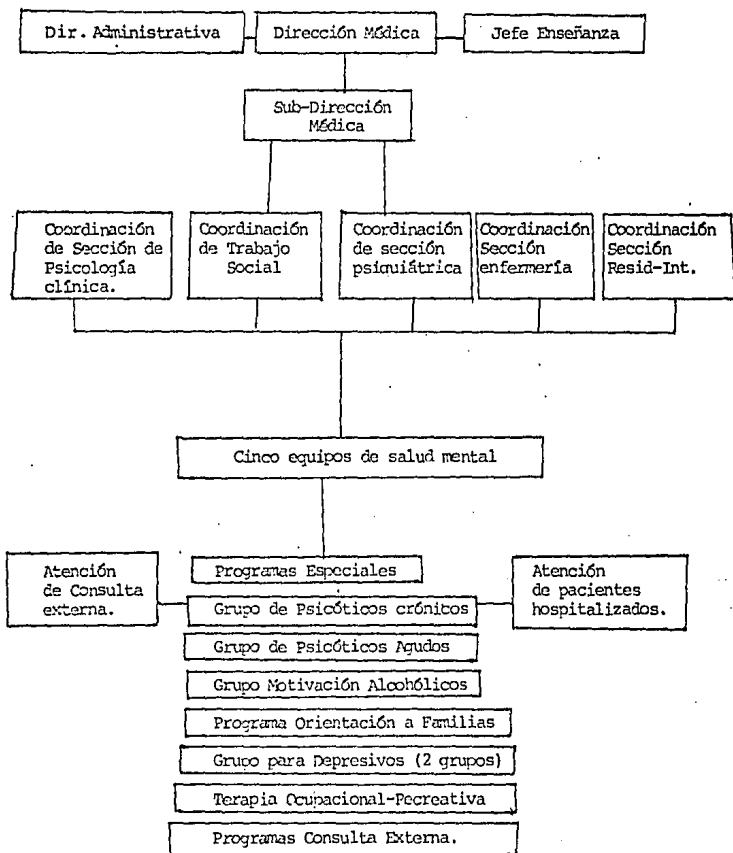
- Adscritos:  
Director Médico.

- Cinco Psiquiatras (Se incluye al Director Médico)
  - Tres Psicólogas
  - Cuatro Trabajadoras Sociales
  - Cinco Médicos Residentes en Psiquiatría.
- 
- No Adscritos:
  - Pasantes de Medicina en servicio social
  - Internos de pregrado de medicina
  - Pasantes de trabajo social
  - Pasantes de Psicología
  - Practicantes de Psicología

Este personal es muy variable en número y es determinado por la unidad de enseñanza superior de que proceden, - y es personal que presta valioso servicio a esta unidad médica.

A continuación presentaré un Organigrama Funcional - de la Sección Médica del Hospital Psiquiátrico "San Juan de Dios" Zapopan, Jal.

INTEGRACION DEL PERSONAL



#### 4.2.7 TIPO DE ACTIVIDADES

##### Técnicas:

- Asistencia psiquiátrica a pacientes hospitalizados.
- Terapias de grupo-psicología
- Terapia recreativa y de rehabilitación-trabajo social
- Promoción de salud mental con familias de pacientes
- Readaptación al medio
- Enlace y contacto con familiares de pacientes
- Consulta externa y control posthospitalario
- Seguimiento y rescate de pacientes, de consulta externa y de control posthospitalario.

##### Enseñanza y académicos:

- Sesión clínica semanal
- Clases a nivel postgrado en psiquiatría
- Clases a nivel pregrado de medicina
- Clases en áreas psiquiátricas a psicología, trabajo social y enfermería.
- Seminario mensual de temas varios, en coordinación con diversos departamentos o escuelas universitarias.
- Sesión mensual y otras actividades académicas de la sociedad psiquiátrica "San Juan de Dios", incorporada al Colegio Médico del Estado.

- Realización, ya como organizadores o colaboradores, de los congresos psiquiátricos locales o nacionales, que se realizan en el Estado de Jalisco.

CAPITULO V

DESCRIPCION DE PRUEBAS Y METODOS DE MEDICION DE  
ACTITUD UTILIZADO.

5.1 DIFERENCIAL SEMANTICO.

Es un método utilizado para observar y medir el significado psicológico de los conceptos; introducido por Osgood con las siglas (DS), método que observa y mide actitudes, sentimientos, emociones, opiniones, de sujetos frente a "conceptos" mediante escalas en tres factores diferentes. Instrumento de medida del significado connotativo, llamado también significado afectivo o subjetivo.

5.2 EL DIFERENCIAL SEMANTICO COMO TECNICA DE MEDIDA

5.2.1 DEFINICION DEL SIGNIFICADO SUBJETIVO.

Osgood en su artículo "The nature and measurement of meaning" (1952) formula tres proposiciones que enmarcan la lógica del método propuesto. Tales proposiciones han sido consideradas por Osgood como hipótesis, surgiendo éstas de varias investigaciones previas a la formulación del diferencial semántico como instrumento de medida.

La primera proposición se refiere a que los resultados del proceso de calificación o juicio puede ser concebido como el lugar que ocupa un concepto dentro de un continuo experiencial definido por dos términos polares. Esta proposición implica el supuesto de que la posible gama del significado no puede implicar variables distintas de aquellas que son posibles por las diferenciaciones sensoriales del sistema nervioso.

La segunda se refiere a las características del lenguaje y del pensamiento que permite instrumentar un método objetivo de medida del significado, ya que supone la equivalencia de los continuos experienciales superficialmente diferentes y, por lo tanto, la posibilidad de representarlos por medio de dimensiones únicas.

La tercera proposición sostiene que un número limitado de los continuos puede ser utilizado para definir el espacio semántico dentro del cual cualquier concepto o estímulo será especificado. Esto se comprueba por medio del análisis factorial, de la existencia de un número limitado de dimensiones o factores, suficientes para diferenciar los significados de conceptos o estímulos escogidos al azar.

### 5.2.2 ESCALAS BIPOLARES.

Su construcción consta de varias escalas, cada una de las cuales es un par de adjetivos bipolares; siendo éstas escalas estimativas de siete puntos cuya naturaleza fué determinada empíricamente. Cada una mide uno y a veces dos de los factores básicos donde se fundan las escalas: EVALUACION, POTENCIA y ACTIVIDAD, a las cuales se les da el nombre de grupo de adjetivos, ya que éstos grupos de adjetivos están formados por adjetivos de carácter evaluativo, adjetivos que tienen en común ideas de fuerza o potencia y los adjetivos que expresan movimiento y acción.

Al emplear el diferencial semántico en la investigación se seleccionaron primeramente los conceptos que se evaluarían mediante los adjetivos bipolares guardando éstos -- conceptos una estrecha relación con el problema de la investigación; de la misma manera en la construcción del instrumento las escalas o pares de adjetivos se seleccionan de -- tal manera que se adapten a la investigación.

En la presentación del instrumento para el grupo -- aplicable se utilizaron cuantificadores adverbiales para -- aminorar la dificultad, para discriminar las diferencias en



tre los siete intervalos escalares; éstos cuantificadores - adverbiales son palabras que ilustran el valor y significado de cada uno de los intervalos. Estos son gramaticalmente congruentes con los adjetivos bipolares.

Al presentar el instrumento se explicará que forma parte de un amplio proyecto de investigación llevado a cabo en la Institución Psiquiátrica San Juan de Dios con el propósito de determinar la existente correlación de la actitud y rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico hacia el enfermo mental. Se esclarecerá que no se trata de una prueba sino que sólo se desea recabar información sobre los sentimientos personales del personal asistencial-hacia el enfermo mental.

Para que puedan expresar tales sentimientos pedimos colocar una cruz en un espacio o en otro entre dos adjetivos.

EJEMPLO:

		muy	bast	liger	ni	lige	bast	muy		
AGRADA-	:	___	:	___	:	___	:	___	:	DESAGRA-
BLE										DABLE.

A cada extremo de la hoja presentamos varios adjetivos separados por varios pequeños espacios vacíos. El adje-

tivo que va a juzgar a ser de acuerdo a lo que dicha palabra significa que cada uno de los integrantes del grupo - - aplicable, poniendo una cruz en uno de los espacios de cada uno de los renglones.

En cada renglón indicará qué tan cercanamente en su opinión la palabra está relacionada a uno de los adjetivos de cada par haciendo un juicio en cada renglón. Especificar no escribir más de una cruz en un renglón y no omitir ninguno de los renglones. Contestar con rapidez pero no descuidadamente.



### 5.2.3 DIMENSIONES DEL ESPACIO SEMANTICO

El espacio semántico es el conjunto de conceptos que tienen semejante significado (actitud, afecto, sentimiento...) en un grupo de sujetos (i,e,...), son conceptos que se orrelacionan significativamente. Está compuesto por un número determinado pero desconocido de factores o dimensiones del significado, los cuales se ha logrado identificar por medio del análisis factorial como procedimiento más indicado para aislar dichas dimensiones; llegando a la conclusión de que por lo menos tres dimensiones son aislables en el espacio semántico y corresponden a los factores de Evaluación Potencia y Actividad. No obstante éstos tres factores no son todos los que definen el espacio semántico; dejando abierta la posibilidad de identificar nuevos factores a partir de la utilización de nuevas muestras de conceptos, escalas y jueces.

### 5.2.4 CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

Es necesario que el instrumento con el cual se pretenda medir cumpla una serie de condiciones, como son objetividad, confiabilidad, validez, sensibilidad, comparabili-

dad y utilidad.

Tomando en cuenta que el diferencial semántico no es un test psicológico en el sentido generalizado del término, es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, calificaciones y baremos específicos, sino que constituye una técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar. Ni los conceptos que se evalúan, ni las escalas bipolares que se utilizan pueden considerarse típicos, ya que éstas dependen de los propósitos de la investigación; pero, a pesar de esto, debe cumplir los requisitos antes mencionados.

#### 5.2.4.1. OBJETIVIDAD.

Con la objetividad se define la cualidad que debe tener el instrumento para permitir al investigador conclusiones semejantes utilizando el instrumento en condiciones equivalentes. En éste contexto el diferencial semántico puede ser considerado como una técnica objetiva, ya que cualquier investigador puede utilizar las escalas bipolares de siete intervalos y obtener los mismos resultados en la evaluación de los conceptos.

#### 5.2.4.2 CONFIABILIDAD.

Se define ésta, en términos generales, como el grado en que se obtienen las mismas calificaciones, o medidas - - cuando un objeto es medido repetidamente.

Osgood distingue tres aspectos de la confiabilidad:

a) CONFIABILIDAD DEL ITEM

Se refiere a la posibilidad de reproducir las medidas básicas; siendo la medida básica la que está representada por - la calificación que el sujeto hace en una escala de siete - intervalos.

b) CONFIABILIDAD DEL PUNTAJE DE FACTOR

Se refiere a la agrupación de los puntajes en factores evaluación, potencia y actividad y la posibilidad de reproducirlos.

c) CONFIABILIDAD DEL SIGNIFICADO DEL CONCEPTO.

Los tres puntajes de factor obtenidos para un concepto permiten ubicar a éste en un punto del espacio semántico con - el que se define el significado del concepto. Y la reproducción de la localización del concepto en el espacio semántico es la confiabilidad del significado del concepto.

#### 5.2.4.3 VALIDEZ

Se conoce como validez del instrumento a la adecua--

ción de un instrumento para medir un fenómeno.

En el caso del diferencial semántico se hablaría de validez si los resultados del diferencial se correlacionarían significativamente con un criterio externo de significado; pero debido a que, en el caso específico del significado es difícil encontrar criterios externos con los cuales se puedan comparar los resultados obtenidos en un diferencial semántico, ha sido necesario aproximarse al problema de la validez utilizando la llamada validez de facie o validez aparente - que consiste en comparar los resultados obtenidos por medio del instrumento con la forma en que la mayoría de las personas analizan el fenómeno.

En este caso se obtiene comparando las agrupaciones de diferentes términos obtenidos por medio del diferencial semántico con las agrupaciones que de los mismos términos hacen -- las personas en general.

Entre mayor sea la semejanza de las agrupaciones, mayor es la validez del instrumento.

#### 5.2.4.4. SENSIBILIDAD.

El instrumento es sensible en la medida en que permite realizar discriminaciones mensurables en el material medido; es decir, la capacidad que tiene él mismo de hacer --

distinciones sutiles en el objeto de medición.

La sensibilidad del diferencial semántico está representada por la detección que hacen las escalas de pequeñas diferencias de significado. Capacidad para hacer discriminaciones-precisas de significado con tendencia a comprobar que tales discriminaciones son congruentes con las que la gente generalmente utiliza en la elaboración de sus juicios.

#### 5.2.4.5 COMPARABILIDAD.

En el diferencial semántico dos formas de comparación están suficientemente apoyadas por los datos: las comparaciones entre sujetos y las comparaciones entre estímulos.

La comparabilidad entre sujetos es la que se ha realizado con mayor frecuencia utilizando grupos con características-comunes y la comparación entre conceptos no está tan sólidamente apoyada debido a que se han presentado dificultades - puesto que es difícil obtener escalas paralelas en las que se logre el mismo significado, independientemente del concepto juzgado.

#### 5.3. EL DIFERENCIA SEMANTICO EN LA MEDICION DE ACTITUDES.

La metodología llevada en el diferencial semántico,-



como en todas las escalas de actitudes, debe cumplir una serie de requisitos metodológicos, escalares, estadísticos y prácticos que se sintetizan en las siguientes categorías: Selección de escalas, Procedimiento de recolección de datos Presentación del Instrumento, Tratamiento y análisis estadístico de los datos, Confiabilidad y Validez.

### 5.3.1. SELECCION DE ESCALAS.

El problema de selección de escalas es importante debido a que se dispone de un número grande de escalas tratadas factorialmente.

Las escalas de actitudes en forma de diferencial semántico están compuestas normalmente por cuatro a doce escalas bipolares. Son más utilizables las escalas de dimensión (evaluación) pero es conveniente utilizar escalas de las otras dos dimensiones (potencia y actividad). Debido a estas razones al escoger el número de escalas disponibles y las dimensiones utilizables es necesario disponer de criterios objetivos que garanticen la adecuada selección de escalas.

Heise (1970) propone dos criterios básicos de escogimiento: Pertenencia de las escalas respecto al objeto actitudinal - medido y composición factorial de las mismas.

Es indispensable escoger siempre escalas pertinentes y relacionadas con el concepto o conceptos que van a ser -- evaluados debido a que los sujetos encuentran más fácilmente utilizar escalas que se relacionan significativamente -- con los conceptos juzgados y de que las escalas pertinentes al concepto proporcionan medidas más sensibles, mayor varianza y menor error de medida.

Para efectos del análisis de resultados es conveniente escoger escalas con cargas elevadas en cada una de las -- dimensiones Evaluación, Potencia y Actividad, ya que así se obtendrán medidas independientes para cada una de las dimensiones; es conveniente escoger las escalas en base a los -- análisis factoriales ya realizados.

#### 5.4 THURSTONE INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES.

El inventario de rasgos temperamentales es apotado -- por L.L. Thurstone al estudio de la personalidad cuyo propósito consiste en determinar la presencia de aquellos rasgos que con diversos grados de intensidad son propios a toda -- persona normal y cuyo conocimiento es de importancia para -- su orientación vacacional, educativa o en selección de personas para una determinada actividad ocupacional.

Define el rasgo temperamental como una disposición - congénita para responder de manera uniforme a un determinado tipo de estímulos, o para reaccionar en forma más o menos idéntica en presencia de situaciones juzgadas por el individuo como análogas. El inventario se utiliza y es diseñado con la perspectiva de explorar éstos aspectos y a descubrir los más sobresalientes rasgos de la personalidad. Consta el inventario de un número de situaciones entre las cuales se señalarán aquellas que se ajusten mejor al caso particular del individuo.

A través de las respuestas dadas se perfilan ciertas tendencias estables, o rasgos, que se deben tener en cuenta al momento de formular las recomendaciones relacionadas con el estudio.

#### 5.4.1 FINALIDAD:

Todo individuo posee características o rasgos de personalidad relativamente estables que se conocen como TEMPERAMENTO. Estas características o rasgos son importantes para comprender nuestra manera peculiar de actuar dentro de distintas circunstancias a lo largo de la vida. Dado a que se le ha dado énfasis a la elaboración de test que describen la personalidad en términos de sus tendencias neuróti-

cas o psicóticas (pruebas de índole clínica); éstas no ofrecen el mejor método para la descripción de los rasgos de personalidad, por ello, éste inventario se limita a hacer una descripción para los fines prácticos de la vida cotidiana donde la mayoría de las personas pueden considerarse como normales, donde se pone de manifiesto los rasgos más importantes y estables del individuo, donde se describen la manera como las personas normales se distinguen unas de otras.

Este inventario ha sido elaborado con la finalidad de hacer una descripción práctica de los más importantes aspectos temperamentales del individuo sin pretender calificar el grado de tensión, inseguridad, conflictos internos o desadaptación al medio que pudieran existir en el individuo. Su uso no es clínico. Su propósito es poner de manifiesto los rasgos que son relativamente estables en cada persona excluyendo aquellos rasgos que reflejen recientes influencias de índole social, nuevas experiencias perturbadoras, etc.

#### 5.4.2. DESCRIPCION DE AREAS.

El Inventario de Rasgos Temperamentales es un cuestionario corto donde se exploran 7 áreas temperamentales.

5.4.2.1. ACTIVO (A)Puntaje alto.

La persona acostumbra trabajar y moverse con rapidez. Inquieta en circunstancias en que debiera permanecer tranquila.

Guasta de estar siempre ocupada en algo y tiene la tendencia a estar de prisa. De ordinario habla, camina, escribe con rapidez, aún cuando éstas actividades no lo requieran.

5.2.2.2 VIGOROSO (V)Puntaje alto.

La persona gusta tomar parte en deportes, trabajos manuales que requieran uso de herramientas y actividades al aire libre. Esta área pone de manifiesto la actividad física que implica un considerable desgaste de energía y pone en movimiento el sistema muscular. Este rasgo temperamental se describe con frecuencia como "masculino" aún cuando muchas mujeres adultas y adolescentes pueden lograr alto puntaje en él.

5.4.2.3. IMPULSIVO (I)Puntaje Alto

Persona despreocupada, temerarias, confiada en su -- buena suerte, que actúa bajo la presión del momento y sin - medir las consecuencias de sus actos. Personas de ésta cla- se toman sus decisiones rápidamente, les agrada la competen- cia y cambian fácilmente sus actividades. La decisión para- actuar o cambiar es rápida, independiente de la manera como se mueve la persona, lenta o rápidamente (activo) o de si - le agrada o no la actividad que requiere un notable esfuer- zo (vigoroso). Una persona que queda a menudo "como en sus- penso" mientras actúa o piensa, obtienen generalmente un ba- jo puntaje en ésta área.

#### 5.4.2.4. DOMINANTE (D)

##### Puntaje Alto.

Se consideran a sí mismas como capaces de tomar la - iniciativa y la responsabilidad de actuar como líderes. Les gusta hablar en público, organizar actos sociales, promover nuevos proyectos y convencer a los demás. Son de aquellas - personas que probablemente se harían cargo de situaciones - en caso de un accidente.

#### 5.4.2.5. ESTABLE (E)

##### Puntaje alto

Son personas generalmente alegres y tranquilas. Pueden reposar en un medio bullicioso y no pierden la cabeza - en situaciones críticas. Afirman que pueden concentrarse en un medio de distracciones. No se molestan si se les interrumpen mientras están meditando y no se irritan a causa de los pequeños contratiempos de la vida cotidiana; no les incomoda dejar una tarea inconclusa o terminada dentro de un plazo fijado de antemano.

#### 5.4.2.6. SOCIABLES (S)

##### Puntaje alto .

Persona que busca la compañía de los demás; fácilmente traban amistades y son generalmente simpáticas y agradables en su trato con la gente; están dispuestas a cooperar y a prestar ayuda. Los extraños les confían fácilmente sus problemas personales.

#### 5.4.2.7. REFLEXIVO (R)

##### Puntaje alto

La persona se inclina a la meditación y a la reflexión y encuentra más a su gusto tratar asuntos teóricos que

problemas prácticos. Es propio de las personas reflexivas - analizarse a sí mismas. Estas personas son generalmente - - tranquilas; encuentran placer en el tipo de trabajo que requiere precisión y esmero en los detalles. Tienen la tendencia a hacerse cargo de más obligaciones de las que pueden atender y en general prefieren más bien planear que ejecutar los planes.

#### 5.4.3. FORMATO.

El Inventario de Rasgos Temperamentales consta de -- 140 temas que cubren las siete áreas estando impresos en un folleto de seis hojas escalonadas. La hoja de respuesta incluye dos cuadros para los perfiles, uno para adultos y - - otro para los jóvenes de ambos sexos, en edad escolar. En la hoja de respuestas se contabilizan únicamente respuestas correctas, facilitando la elaboración del perfil.

#### 5.4.4 ADMINISTRACION

En su administración puede usarse individual o colectivamente con o sin vigilancia.

Puede ser administrado por un examinador a una persona o -- grupo, o puede ser auto-administrado.

A cada folleto le corresponde una hoja de respuesta con la-



disposición de un lápiz para marcar las respuestas.

Las instrucciones para la aplicación del inventario se encuentran impresas en la primera parte del folleto; los examinados pueden leerla, de la misma manera se les explicará la manera de contestarlas, y es la siguiente:

El objetivo del inventario tiene por objeto mostrar distintos tipos de temperamento, comprende una lista de preguntas acerca de lo que gusta o no gusta a una persona, acerca de sus preferencias y costumbres en la vida cotidiana.

Se les aclara que no hay respuestas correctas o equivocadas; una respuesta puede ser tan buena como cualquier otra. Tratará el examinado de seguir con la mayor exactitud las instrucciones siguientes:

Para contestar las preguntas del inventario deberá poner -- una "X" en la casilla correspondiente a la respuesta escogida por considerarla más acertada, existiendo tres posibles respuestas: "SI", "?" "NO". Si la respuesta dada es "SI" poner una "X" en la casilla de la columna encabezada con la palabra "SI". Si la respuesta es "NO", marcar la casilla de la columna "NO". Si no puede decidir, se marcará la columna de la casilla encabezada por el signo de interrogación "?". Si desea cambiar la respuesta, se trazará una circunferencia alrededor de la primera respuesta y marcar con una "X" la casilla de su preferencia.

Tener cuidado que el examinado marque las respuestas correspondientes a cada página en su respectiva columna. Al voltear la página, comprobar que la hoja de respuestas tenga la correcta alineación con las preguntas, no omitir ninguna pregunta, contestar todas sin excepción. No hay límite de tiempo, se deberá de dar a cada uno de los examinados todo el tiempo necesario para terminar la prueba. En muchos casos el tiempo es suficiente a 20 minutos.

#### 5.4.5 PUNTUACION.

La forma de calificación es rápida y sencilla. Las respuestas correctas se registran automáticamente a medida que el sujeto va contestando las preguntas. Las incorrectas no se toman en cuenta.

Para obtener el puntaje se cuentan todas las "X" que están dentro de los cuadros en el área "A", en la parte superior de la página de la derecha. No se deben contar las "X" dentro de los círculos, lo cual indicaría que la respuesta fue anulada. El resultado se anota en la misma página, en la casilla debajo de la letra "A".

A continuación se cuentan las "X" dentro de los cuadros, en las áreas: "V", "D", "E", "S", "R" (siempre omitiendo las X señaladas con círculos) y se anota el resultado en la respectiva casilla, debajo de cada letra.

Se utilizará el perfil correspondiente para adultos de ambos sexos o el perfil para jóvenes de ambos sexos.

#### 5.4.6 ELABORACION DEL PERFIL.

Los cuadros del perfil para los rasgos temperamentales, expresados en percentiles, se encuentran impresos en la hoja de respuestas. Hay un cuadro para adultos (hombres y mujeres) y otro para jóvenes de ambos sexos en edad escolar.

Para la elaboración del perfil se anotarán los puntajes obtenidos en las áreas de "A" hasta "R" tal como aparecen en la hoja de respuesta.

En la columna correspondiente a la letra A se buscará el número equivalente al puntaje obtenido en el área "A". Las columnas están subdivididas en "M" y en "F" para que de acuerdo con el sexo del examinado los resultados se anoten debajo de "M" (masculino) el de los hombres, y debajo de "F" (femenino) el de las mujeres.

Se trazará una circunferencia alrededor del número correspondiente al puntaje obtenido en la columna "A". De la misma manera se procederá para anotar el puntaje en las demás columnas "V", "I", "D", "E", "S", y "R".

El percentil correspondiente al puntaje aparece en-- ambos lados del cuadro. La reducción del puntaje bruto a -- percentiles, se hace automáticamente y se lee directamente en el cuadro del perfil. El resultado es el perfil temperamental del examinado.

#### 5.4.7 INTERPRETACION.

El propósito principal de la prueba mencionada anteriormente, es hacer la evaluación del individuo en función de aquellos de sus rasgos temperamentales que son relativamente constantes. Una de las ventajas del inventario consiste en suministrar un criterio objetivo en forma de perfil, de los rasgos temperamentales de un individuo, lo cual permite dentro de determinadas circunstancias, predecir su posible éxito o fracaso.

Mientras unas actividades o estudios requieren un determinado nivel intelectual, más o menos fijo, las exigencias relacionadas con la personalidad pueden variar a menudo de una actividad ocupacional a otra, o de una situación a otra, en el ambiente ocupacional. Los estudios del temperamento, en relación con la clasificación de actividades -- ocupacionales y de situaciones de la vida escolar aún están en progreso.

Pero los resultados obtenidos por medio de éste inventario pueden ser útiles en los casos en que ya se han establecido criterios en cuanto a las características temperamentales - más apropiadas a una determinada situación.

Las características temperamentales requeridas para un determinado tipo de trabajo, pueden variar debido a factores ajenos a la tarea en sí; tales características no se incluyen en las "descripciones de trabajo", ni en las "listas de requisitos mínimos" necesarios para tener éxito en su desempeño.

Elas ayudarán a seleccionar al mejor candidato entre varios con capacidades profesionales análogas. Las características temperamentales son las responsables por el mayor o menor éxito y satisfacción que se obtenga en la realización de una determinada actividad. El ennumerar todos los aspectos de la personalidad, requeridos para una determinada actividad ocupacional, en su relación con cada uno de los rasgos temperamentales del inventario, constituyen un importante paso para la elaboración de un profesiograma completo.

Al usar el inventario se necesita tener algunas normas para decidir cuando un puntaje es "alto", "bajo" o "medio". No se debe considerar como "alto" ningún puntaje que-

no sobrepase el percentil 75. Usando éste criterio se puede acertar en 9 casos sobre 19, al afirmar que la persona está por encima del término medio y si se desea lograr una mayor precisión se pueden adoptar normas más altas tomando como base el percentil 84 (éste puntaje equivaldrá a una desviación standard sobre la media). Usando el mismo criterio no se debe considerar como "bajo" ningún puntaje que no fuere inferior al percentil 25, en el caso de que se use el percentil 75 para determinar los puntajes "altos". O se usará el percentil 17 como "bajo" si se adopta el percentil 84 como "alto".

Este inventario es particularmente útil cuando se trata de determinar los rasgos temperamentales más notorios que caracterizan a un individuo y no está destinado a la exploración de cada área en particular; por lo cual nos permite una rápida hojeada sobre las 7 áreas temperamentales que comprende. Se considera adecuada una norma que se adopta dependiendo de la finalidad que se persigue al utilizar el test y de la confiabilidad de los puntajes.

##### 5.5. TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER

Dentro de la investigación se utilizó la adaptación Hutt del Test Gestáltico de Bender dentro de la escala de -

psicopatología intentando averiguar la presencia o ausencia de índices patológicos y su grado de severidad.

### 5.5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

A principios del siglo XX caracterizado por las revoluciones psicológicas creadoras- del psicoanálisis, de la psicología del individuo, del conductismo, etc., aparece en Alemania la Gestaltheorie para hacer su propia revolución - contra la vieja psicología.

Como precursores en la crítica a la teoría elementarista de la percepción que sustentaba la psicología tradicional aparece Ch. Von Ehrenfels (1859-1932) donde su teoría - de que la percepción no es el producto de una mera adicción de partes, la expuso en 1890, pero entonces pasó inadvertida.

Mayor repercusión obtuvo Felix Kruger (1874-1948) hacia - - 1900, en su desarrollo del tema de la "totalidad o estructura". Pero la psicología contemporánea sólo prestó debida -- atención a éste punto de vista con Máx Wertheimer.

Wertheimer desarrolló las ideas de Von Ehrenfels e inició - sus trabajos investigando la percepción del movimiento. Colaboradores suyos Koffka y Kohler realizaron amplios experi

mentos, teniendo como resultado la monografía "Experimentelle Studien über das Sehen Von Bewegung" publicada en 1912; la cual constituyó el nacimiento de la escuela psicológica de la gestalt. Durante algún tiempo éstos tres psicólogos trabajaron unidos en la Universidad de Berlín. La escuela--Gestalt llega a su apogeo entre 1930 y 1935 cuando sus discípulos y jefes se trasladan a Estados Unidos y publican -- sus grandes tratados: Kohler su "Gestalt Psychology" en -- 1928, y Kurt Koffka sus "Principales o Gestat Psychology" -- en 1935.

A ellos fueron adhiriéndose distinguidos investigadores Europeos y Estadounidenses; entre ellos figuran K. Lewin, A. Gelb, K. Goldstein, R. Ogden y Loretta Bender. De tal manera Wertheimer, Kohler y Koffka desarrollaron "la -- psicología de la Gestat, dando un nuevo impulso a la psicología".

Dentro de la línea de ideas y de orientación metodológica de la Gestalt, Loretta Bender, una de las grandes -- figuras de Norteamérica, construyó entre los años 1932 y -- 1938 su test gestáltico visomotor brevemente conocido como B.G. (Bender Gestalt) el cual consiste en copiar 9 figuras (gestalten) y en analizar y evaluar a través de las reproducciones obtenidas como ha estructurado el sujeto esos es-



tímulos perceptuales.

Wertheimer (1923) publicó sus descubrimientos acerca de las funciones gúestálticas del individuo, interesándose en los aspectos teóricos de la funcionalidad Gúestáltica como medio de comprender los fenómenos de comportamiento. Más adelante Hutt desarrolló un juego de figuras estrechamente similares a las usadas por Wertheimer. Consistiendo en la tarea usual, en reproducir los dibujos a pulso sin ningún elemento mecánico de ayuda. Esta tarea involucra tanto el comportamiento visual como el motor no solo en su reproducción de los dibujos sino también en la percepción de ellos en la tarjeta estímulo.

Las 9 figuras que constituyen el conjunto de estímulos de la Adaptación Hutt del Test Gúestáltico de Bender (AHTGB) como para el test Gúestáltico de bender se seleccionaron de entre las utilizadas por Wertheimer los patrones de la percepción visual pidiendo a sus "pacientes, aparentemente normales" que describieran lo que veían.

Bender se interesó en el uso de algunos de éstos dibujos como medio para explorar desviaciones de la maduración de las funciones percepto-motrices que estuvieran aso-

ciadas con ciertas condiciones patológicas, entre las cuales estaría el retraso mental (retardo), la esquizofrenia, las lesiones cerebrales orgánicas, la afasia, las psicosis maniaco-depresivas y algunas condiciones tóxicas. Para esto utilizó 9 dibujos, llamando al primero "A" ya que lo consideraba esencialmente como un dibujo introductorio o de prueba y a los otros del "1 al 8" de los cuales los dibujos A, 3, 7 y 8 se parecen mucho a los de Wertheimer. Los otros -- han sido modificados casi siempre para simplificar o para -- acentuar algún trazo gúestáltico básico (Bender 1963).

#### 5.5.2. FUNDAMENTOS CIENTIFICOS Y TEORICOS DEL TEST.

Bender define la función gúestáltica "como aquella -- función del organismo integrado por el cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gúestalt". Los procesos integradores del sistema nervioso se producen en constelaciones, patrones o gúestalten. La integración no se produce por adición, sustracción o combinación, sino por diferenciación o por aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su cuadro. El cuadro total de estímulo y el estado de integración del organismo es lo que determina el patrón de respuesta. Par-- tiendo de ésta tesis, se utiliza una constelación de estímu

los en marcos similares y se puede estudiar la función gestáltica de las diferentes condiciones patológicas como desórdenes orgánicos y funcionales, nerviosos y mentales. En el estudio experimental de Bender utilizó patrones visomotores, debido a que se ha comprobado que son los más satisfactorios, dado que el campo visual se adapta con mayor facilidad a la investigación y, en especial, debido a que el paciente generalmente coopera al sencillo test de copiar unos pocos dibujos.

Las gestalten visuales fueron presentadas tanto a niños como adultos normales y a pacientes deficientes y débiles mentales para que los copiaran.

El producto fué un patrón visomotor que revela modificaciones del patrón original por la acción del mecanismo integrador del individuo que lo ha experimentado. (Bender 1938).

Esto se debe a que la Gestalt resultante se compone del patrón original (patrón visual), del factor temporal de transformación y del factor personal sensomotor.

Este patrón de acción varía en los diferentes niveles de maduración o crecimiento y en los estados patológicos orgánicos o funcionalmente determinados.

En la década de 1930 la mayor parte del trabajo científico-realizado con las figuras gestálticas consistió en investigaciones clínicas a cargo de Bender.

Hacia el año 1944, Hutt consideró el test de Bender como un valioso suplemento a otros métodos clínicos de detección. Siendo él miembro del ejército norteamericano, -- agregado a la Unidad de Higiene Mental en Forth Monmouth y al Hospital General England, realizó estudios experimentales con una amplia variedad de pacientes militares donde se dió cuenta de la gran utilidad clínica de éste test y sus posibilidades para la detección proyectiva de la personalidad. Considera que era especialmente indicado para detectar los posibles efectos de lesiones cerebrales orgánicas, diagnóstico diferencial de la organicidad, para detectar la severidad de la psicopatología y su carácter agudo o transitorio, para diferenciar analfabetas de retardados y para detectar el fingimiento de enfermedad, sólo que éstos eran -- únicamente hallazgos que deberían verificarse, siendo Hutt quien sugirió la necesidad de mucho más trabajo clínico y de investigación (1946).

Siguió luego en un rápido crecimiento del uso de éstos procedimientos y sus modificaciones. Antes de 1945 no aparece como una prueba muy usada por los psicólogos clínicos. Pero en 1946 figuraba en 54avo lugar de popularidad, -- mientras que en 1960 figuraba en el 3er lugar.

Dos años más tarde Schulberg y Tolor informaban que el 95% de los clínicos experimentados usaban el test y que 4 de cada 5 creían que tenía valor en la práctica clínica. También es de interés notar que antes de 1945 sólo había un pequeño número de trabajos en relación a este test, en su mayor parte obra de Bender.

Alrededor de 1960 habían aparecido más de 300 publicaciones, incluyendo trabajos clínicos, informes de investigación sobre hallazgos de diversos métodos de administración y evaluación y sobre estudios específicos de validación.

En 1946 Bender publicó su manual para el uso clínico del test y editó sus formas de las figuras del test.

El primer intento de medición objetiva del Bender gestalt fue presentado por Billingslea (1948). Su método de puntaje involucraba el análisis minucioso de lo que él llamó "factores" e "índices", estableciendo 137 índices en total, y aunque existen objeciones acerca de sus grupos de referencia y de sus hallazgos clínicos, éste investigador dió la pauta para futuros estudios.

Ritay presentó un tipo de medición basado esencialmente en desviaciones y encontró algunas correlaciones sig-

nificativas de sus medidas con los índices de Rorschach en un grupo de estudiantes de secundaria (1950).

Pascal (1950) y más tarde Pascal y Suttel (1951), desarrollaron un sistema de medición objetiva, basado en un puntaje global que representaba el grado de psicopatología; dando resultados muy promisorios, estimulando una considerable cantidad de investigaciones por parte de otros.

Este método de medición, como el de Billingslea estaba influenciado en gran parte por el pensamiento y la enseñanza de Hutt. Otros intentos de medición fueron desarrollados por Peek y Quast (1951) y por Gobetz (1953), utilizando definiciones operacionales de los fenómenos del test, estimulando así investigaciones más complejas.

Hutt (1951; 1960 y 1963) publicó sus descubrimientos estadísticos del Bender como test proyectivo, fueron probados por criterios de diagnóstico clínico a largo plazo sobre evaluaciones por terapeutas de la evolución del paciente.

Dentro del esquema de medición objetiva del test desarrollada por Pascal y Suttel, el objetivo era investigar-

la confiabilidad de la escala para diferenciar diversos tipos de psicopatías. Ambos investigadores presentan datos para demostrar que hay diferencias progresivas y significativas entre los puntajes promedio de un grupo de neuróticos y los de un grupo de psicóticos. La escala ha demostrado -- ser válida para medir a grandes rasgos la gravedad de una psicopatía general.

En 1960 Hutt propuso una escala tentativa para la psicopatología general con la cual se comenzó a trabajar en 1958- -- 1959; se le llamó desde ese entonces "la escala factor 19"- o "la escala de 19 factores".

Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de .91 y .93 en los estudios realizados utilizando pacientes hospitalizados. Continuando el trabajo con ésta escala, tanto en la práctica clínica como en la investigación, se llegó a un refinamiento de punteo de las categorías y a una mejor selección de los factores del test.

En su forma presente, la escala de psicopatología -- consta de 17 factores, cada uno de los cuales, excepto uno, varía en valores de puntaje desde 10.0 (el más patológico)- al 1.0 (el menos patológico).

El factor No. 2, posición del primer dibujo oscila entre un

valor de 3.25 a 1.0. El puntaje máximo posible en la escala es 163.25 mientras que el mínimo posible es 17.0 con un rango máximo posible de 146.25.

Esta escala intenta averiguar la severidad de la psicopatología y ésta evaluación se basa principalmente en su capacidad para discriminar significativamente entre grupos de individuos que difieren en la severidad de la psicopatología; desde los más severamente perturbados (esquizofrénicos) hasta los menos perturbados (normales).

#### 5.5.3. CARACTERIZACION DEL TEST DE BENDER

El test Gestáltico Visomotor de Bender por una parte pertenece al grupo de los test visomotores y por la otra al grupo de los gestálticos.

Es un test visomotor porque el examinado realiza la tarea gráfica con los modelos a la vista.

Este instrumento se asemeja a las pruebas de reproducción gráfica de un dibujo, del tipo binet-Simón y con el test psicomotor de Prudhommeau para la medición de la inteligencia y el examen caracteriológico de sujetos hasta 12 años.

Así mismo, el Bender Gestalt pertenece al grupo de--



los test Gestálticos, ya que utiliza como fundamento teórico la psicología de la forma a través de la expresión gráfica y se destacan las funciones perceptuales integradoras -- del organismo como parte del crecimiento de la personalidad. Algunos test como hemos dicho el Bender Gestalt visomotor - pertenece a la batería psicométrica ggestáltica que consiste en reproducir dibujos, así mismo se destacan otros por - su importancia, en orden cronológico: el Visual Designs - - Test (1927; estandarización 1940) de Ellis y de Graham - -- (1946) en el que se deben reproducir de memoria una serie - de dibujos geométricos 910 en el Ellis, 12 en el de Graham) de dificultad creciente.

El test de dibujo complejo, de Rey y Osterrieth - -- (1941) el sujeto debe reproducir un modelo, a la vista, y - en segundo momento de memoria, para explorar su nivel de es tructuración de la actividad perceptual, el control visomotor y la atención, la memoria visual inmediata y con esfuer zo de memorización y la rapidez de funcionamiento mental.

El test de Atención visual de Arthur L. Benton (1945) para sujetos de 8 hasta 65 años, de aplicación clínica en - la práctica psiquiátrica; donde el sujeto debe reproducir - de memoria series de dibujos, para medir su memoria inmedia

ta, su percepción de la forma y su memoria diferida.

#### 5.5.4 ESTRUCTURACION DEL TEST.

Material que consta de 9 tarjetas, las cuales tienen 9 figuras gúestálticas que van de la figura "A" a la "8".

La figura "A" fué elegida como introductoria, en razón de que es evidente que el sujeto tiene la experiencia - como figuras cerradas sobre un fondo.

A esta configuración, se le reconoce como formada por 2 figuras contingentes y cada una de ellas representa una "buena forma".

La figura 1 (según Wertheimer debería percibirse de manera que los puntos aparecieran como una serie de pares - determinados por la distancia menor, con un punto suelto en cada extremo. Dichos pares de puntos se percibirían con mayor facilidad si las diferencias en las distancias hubieran sido mayores.

Esto constituye un ejemplo de una gúestalt construída sobre el principio de la proximidad de las partes.

La figura 2 se percibe generalmente como una serie - de cortas líneas oblicuas compuestas de 3 unidades, dispues- tas de manera que las líneas están inclinadas desde arriba- a la izquierda hacia abajo a la derecha.

Esta gestalt también está determinada por el principio de - la proximidad de las partes, que es, asimismo, el que deter- mina la figura 3.

La figura 4 se percibe comunmente como 2 unidades de terminadas por el principio de la continuidad de la organi- zación geométrica o interna; al cuadro abierto y la línea - en forma de campana en el ángulo inferior derècho del prime- ro.

La figura 5 se rige por el mismo principio de la fi- gura A, visualizada como un círculo incompleto con un trozo recto inclinado, constituido por líneas de puntos.

La figura 6 está formada por 2 líneas sinusoidales - de diferente longitud de onda que se cortan oblicuamente.

La figura 7 y 8 son dos configuraciones compuestas - por las mismas unidades; pero raramente se perciben como ta les; por que en la figura 8 prevalece el principio de la --

continuidad de las formas geométricas, que en éste caso es una línea recta en la parte superior e inferior de la figura.

#### 5.5.5 ANALISIS DE LOS FACTORES ESPECIFICOS DEL TEST.

Presentaré ahora los factores del test específicos-- para interpretar las respuestas a la Adaptación Hutt del -- Test Gestáltico de Bender (AHTGB).

La escala utilizada fué la de psicopatología regida por 17- factores, los cuales describiré a continuación:

##### 1) SECUENCIA

Se refiere al relativo grado de regularidad en las -- sucesivas colocaciones de los dibujos en las o las hojas -- usadas en hacer las reproducciones.

El orden esperado de las sucesivas colocaciones es de iz- -- quierda a derecha o de arriba hacia abajo.

##### 2) POSICION DEL PRIMER DIBUJO.

Se refiere a la colocación de la figura A sobre la - página, si el examinado usa una sola página para todos los- dibujos o usa más de una página.

3) USO DEL ESPACIO

Se refiere exclusivamente al espaciamiento de los dibujos - sucesivos.

4) COLISION

Se refiere a la coincidencia o superposición de una figura con otra. El perímetro de una figura debe casi tocar o superponerse al perímetro de la otra figura. Si la línea de puntos o círculos de una figura se introduce dentro del espacio abierto de una figura adyacente pero no hay toque o superposición del perímetro, no se computa como colisión, más bien se considera como una tendencia a la colisión.

5) VARIACION EN LA POSICION DEL PAPEL

Se refiere a la rotación real de la hoja del test, - desde la posición vertical en la cual se presenta, a la posición horizontal (o una variación aproximada de 90 grados).

6) DIFICULTAD EN EL CIERRE

Se refiere a la dificultad para "juntar" partes de - una figura o dos figuras adyacentes que se tocan una a otra.

Las figuras en las que puede ocurrir dificultades en el cierre son: A, 2, 4, y 8. Puede haber dificultades en el "juntar" cuando se intenta completar el círculo o el rombo en la figura A, al completar los círculos en la figura 2, al juntar los lados de la figura 4 a al unir la curva y el cuadro abierto en la misma figura; y al juntar los lados o conectar las partes adyacentes en las figuras 7 y 8. La dificultad puede manifestarse de varios modos: aberturas en el lugar de unión, "remarcación de la unión" (subrayando en este punto); borraduras o correcciones en el punto de unión y notable aumento en la presión del trazado o repaso en estos puntos.

#### 7) DIFICULTAD DE CRUZAMIENTO.

Se refiere a la dificultad para lograr el o los cruzamientos que se dan en las figuras 6 y 7. Se manifiesta -- por repasos, garabatos, borraduras o un marcado aumento de presión en el punto donde las líneas se cruzan.

#### 8) DIFICULTAD EN LA CURVATURA.

Se refiere a cualquier cambio obvio en la naturaleza de las curvas en las figuras 4, 5, y 6.

Tales cambios ocurren cuando: (a) hay un aumento o una disminución en la amplitud de la curva; (b) la curva está reemplazada por líneas rectas u oblicuas; (c) la curva está -- achatada; (d) la curva está hecha muy irregularmente; (e) -- el número de puntos en las figuras 4 y 6 está aumentado o -- disminuído.

#### 9) CAMBIO EN ANGULACION

Se refiere a un aumento o disminución de 15 grados o más, de la angulación en las figuras estímulo 2,3,4,5,6, y 7.

En la figura 2, existencia de un cambio de 15 grados o más-- en el ángulo que las columnas forman con las hileras hori-- zontales.

En la figura 3, existencia de un cambio en el ángulo forma-- do por las columnas de puntos.

En la figura 4, tomar en cuenta el ángulo de la curva en re-- lación al cuadrado abierto.

En la figura 5, tomar en cuenta el ángulo de los p-ntos ex-- ternos en relación a una línea horizontal imaginaria.

En la figura 6, tomar en cuenta el ángulo que forman las -- dos curvas al cruzarse y en la figura 7 el criterio es el -- ángulo de intersección de las dos figuras.

10) ROTACION PERCEPTIVA.

Se refiere a la reproducción de la figura del test - con una rotación del eje mayor, en tanto que la tarjeta estímulo y la hoja del test está en su posición normal y standard.

11) REGRESION

Se refiere a la sustitución de una forma giestáltica más madura de la figura estímulo por una forma más primitiva. Las formas más comunes de retrogresión son: sustitución de puntos impulsivos por círculos razonablemente bien hechos (como en la figura 2), sustitución de tildes por puntos (como en las figuras 1,3 y 5) y la sustitución de puntos por círculos (como en la figura 2).

12) SIMPLIFICACION

Se refiere a la reproducción del estímulo como una - figura más simple o que es más simple para dibujar.

13) FRAGMENTACION

Se refiere a la esencial destrucción de la Gestalt.



Se puede manifestar en muchas formas. Las más comunes son: (a) la reproducción está inconclusa o incompleta, (b) la forma está dibujada como si estuviera compuesta de partes separadas, es decir las partes están toscamente separadas, de modo que la Gestalt se pierde.

#### 14) DIFICULTAD DE SUPERPOSICION

Se refiere a los tipos específicos de dificultad con la superposición (figura 7) y figuras contiguas (A y 4). El tipo de dificultad que cuenta como dificultad de superposición incluye: (a) grosera superposición donde no existe en el estímulo de las figuras A y 4; (b) incapacidad de reproducir una porción de la superposición (en 7); (c) simplificación o distorsión de porciones de cualquiera de las dos figuras en el punto de la superposición (en 7).

#### 15) ELABORACION O GARABATEO

Se refiere a cualquiera de dos tipos de fenómenos perseverativos:

(a) Perseveración a la cual elementos de un dibujo previo se utilizan en un dibujo sucesivo en el cual ellos no están presentes en la figura estímulo.

(b) Perseveración de los elementos presentes en una figura más allá de los límites exigidos en el estímulo.

17) REPASO DE LA FIGURA TOTAL

Se refiere a un segundo intento de reproducir una figura cuando un primer intento (que no necesariamente abarca la figura total) se abandona, sin borrarlo ni completarlo o simplemente es tachado. En raras ocasiones se pueden hacer más de dos intentos para reproducir la figura.

A continuación se presenta un resumen de los factores del - test, puntajes grutos (cuando son aplicables) y puntajes -- progresivos en la escala de psicopatología:

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA

FACTOR	PUNTAJE BRUTO	VALOR EN LA ESCALA
<b>1. SECUENCIA</b>		
Simbólica o confusa	dibujos colocados mezclados en la hoja - sin ningún plan aparente -	10.0
Irregular	Más de una variación en la secuencia	7.0
Sobre-metódica	No ocurre ninguna variación, figuras colocadas en una secuencia rígida, sin variación.	4.0
Normal o metódica	Solo ocurre una variación en la secuencia.	1.0
<b>2. POSICION DEL PRIMER DIBUJO.</b>		
Anormal	Cualquier posición del dibujo que esté dentro de una pulgada de cualquiera de los márgenes de la hoja.	3.25
Normal	La figura entera queda dentro del tercio superior de la hoja y ninguna parte de la figura está a menos de 2.5 cms. de cualquiera de los márgenes de la hoja.	1.0
<b>3. USO DEL ESPACIO</b>		
Uso anormal	Puede ser anormal y excesivamente comprimido o puede ser anormal y excesivamente expansivo En cualquier caso se computa anormal cuando el fenómeno ocurre en dos o más ocasiones. No es excesivamente comprimido ni excesivamente expansivo.	10.0
		1.0
<b>4. COLISION</b>		
Extrema	La colisión ocurre más de 2 veces	10.0
Moderada	La colisión ocurre 2 veces	8.5
Presente	La colisión ocurre 1 vez	7.0

Extrema tendencia a la colisión	Ocurre más de 2 veces	5.5
Extrema tendencia a la colisión	Ocurre 2 veces	4.0
Tendencia a la colisión presente	Ocurre 1 vez	2.0
Ni colisión ni tendencia a la colisión		1.0
(Cuando se presentan ambos fenómenos colisión y tendencia en un mismo protocolo, los puntajes para ambos se suman, pero en ningún caso el puntaje total para este factor puede ser más de 10.0)		
5. VARIACION EN LA POSICION DEL PAPEL.		
Rotación del papel para todas las figuras		10.0
Rotación del papel para 3 a 8 figuras		7.0
Rotación del papel para 1 a 2 figuras		5.0
Ninguna rotación del papel		1.0
6. DIFICULTAD EN EL CIERRE		
	Este es No. total de dificultades de cierre que courran.	
Muy severa	9 ó más	10.0
Severa	6 a 8	7.75
Moderada	3 a 5	5.5
Leve	1 a 2	3.25
Ausente	0	1.0
7. DIFICULTAD DE CRUZAMIENTO		
	Está dado por el número total de veces en que ocurra esta dificultad.	
Severa	3 ó más	10.0
Moderada	2	7.0
Leve	1	4.0
Ausente	0	1.0
8. DIFICULTAD EN LA CURVATURA		
	Está dado por el número total de figuras en las cuales ocurren tales cambios	
Severa	3	10.0
Moderada	2	7.0
Leve	1	4.0
Ausente	0	1.0

## 9. CAMBIO EN LA ANGULACION

El puntaje bruto está dado por el No. de figuras en las cuales se presenta el grado de cambio definido:

Cinco figuras	10.0
En cuatro figuras	8.0
En tres figuras	6.0
En dos figuras	4.0
En una figura	2.0
En ninguna figura	1.0

\*En la figura 2, el criterio es un cambio de 15 grados o más en el ángulo que las columnas forman con las líneas horizontales. En la figura 3, el criterio es un cambio en el ángulo formado por las columnas de puntos. En la figura 4, el criterio es el ángulo de la curva en relación al cuadrado abierto. En la figura 5 el criterio es el ángulo de los puntos-externos en relación a una línea horizontal imaginaria. En la figura 6, el criterio es el ángulo que forman las 2 curvas al cruzarse, y en la figura 7 el criterio es el ángulo de intersección de las dos figuras.

## 10. ROTACION PERCEPTIVA

Severa	Rotación de 80 a 180 grados en cualquier figura	10.0
Moderada	Rotación de 15 a 79 grados en cualquier figura	7.0
Leve	Rotación de 5 a 14 grados en cualquier figura	4.0
Ninguna Rotación	Ninguna rotación mayor de 4 grados en cualquier figura	1.0

## 11. RETROGRESION

	El criterio para computar este fenómeno es que se produzca dos veces por lo menos en cualquier figura	
Severa	Presente en más de 2 figuras	10.0
Moderada	Presente en 2 figuras	7.0
Leve	Presente en 1 figura	4.0
Ninguna	Ninguna regresión en ninguna figura	1.0

12. SIMPLIFICACION	- DIBUJAR LAS DOS PARTES DE LA FIGURA A como no contigua.	
	- disminuir por lo menos en tres el número de elementos del estímulo en figuras 1,2,3, y 5.	
	- Reducir el número de curvas en la figura 6.	
	- Reproducir las partes de las figuras 7 y 8 como rectángulos o elipses. (la simplificación no se computa cuando se advierte fragmentación o regresión.	
Severa	Presente en más de 2 figuras	10.0
Moderada	Presente en 2 figuras	7.0
Leve	Presente en una figura solamente	4.0
Ninguna	--	1.0
13. FRAGMENTACION		
Severa	Presente en más de 2 figuras	10.0
Moderada	Presente en 2 figuras	7.0
Leve	Presente en una figura solamente	4.0
Ninguna	--	1.0
14. DIFICULTAD DE SUPERPOSICION		
Severa	Dificultad de superposición en más de 1 figura	10.0
Moderada	Dificultad en una figura	5.5
Ninguna	--	1.0
15. ELABORACION O GARABATEO		
Severa	Presente en más de 2 figuras	10.0
Moderada	Presente en 2 figuras	7.0
Leve	Presente en una figura solamente	4.0
Ninguna	--	1.0
16. PERSEVERACION		
Severa	Presente en más de 2 figuras	10.0
Moderada	Presente en 2 figuras	7.0
Leve	Presente en 1 figura solamente	4.0
Ninguna	--	1.0

17. REPASO DE LA FIGURA TOTAL

Muy severa	Presente 4 ó más veces	10.0
Severa	Presente 3 veces	7.75
Moderada	Presente 2 veces	5.5
Leve	Presente 1 vez	3.25
Ninguna	--	1.0

Dada la puntuación se compara con los siguientes valores:

	MEDIAS
NORMALES	33.8
NEUROTICOS	57.8
ESQUIZOFRENICSO	100.3
ORGANICOS	103.8

Esta escala de psicopatología puede diferenciar grupos que difieren en la presunta severidad de la psicopatología; entre normales, neuróticas, esquizofrénicos y orgánicos, pero no puede diferenciar entre esquizofrénicos y orgánicos.

## 5.6 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA A LA PSICOPATOLOGIA (MMPI).

### 5.6.1 ANTECEDENTES Y DESARROLLO

A fines de la década de los treinta, los hospitales psiquiátricos en E.U.A., tenían grandes deficiencias en sus programas de psicología clínica y ciencias de la conducta. El material disponible en el área de diagnóstico y pronóstico para el estudio de la personalidad era escaso y poco confiable. Y por éstas y otras razones similares, Starke R. Ha-



thaway (psicólogo) y J.C. McKinley (neuropsiquiatra), trabajaron juntos para desarrollar un instrumento psicométrico -- efectivo y práctico que constituyera una contribución psicológica a los procedimientos de diagnóstico médico; una herramienta objetiva para evaluar los casos psiquiátricos rutinarios de pacientes adultos y un método para determinar la severidad de sus condiciones. En sí, la finalidad fué que existiera una técnica de evaluación objetiva para medir la personalidad desde diferentes ángulos.

Hathaway y McKinley contribuyeron a su construcción con la derivación de las 9 escalas básicas o clínicas, incluyendo la escala introversión Social.

Basándose en su experiencia clínica reunieron originalmente un conjunto de 1200 frases provenientes de diferentes fuentes: historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, escalas de actitudes personales y sociales, resúmenes de casos, manuales de entrevista psiquiátrica, etc., que posteriormente se redujeron a 504, para el MMPI en Inglés, las entradas fueron formuladas en oraciones declarativas de la primera persona del singular. La mayoría de las entradas se expusieron en frases afirmativas, pero -- también existían otras de tipo negativo. No se utilizaron -- oraciones en forma de interrogación.

Las bases fundamentales que delimitan el uso de la prueba siguen el criterio siguiente: Cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar a una serie de preguntas acerca de los mismos, son también similares en otras formas y por lo tanto ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando éstas contestaciones son comparadas con las de un grupo identificado.

Si un grupo de personas son similares en ciertas conductas, forma de contestar acerca de sí mismas, también son similares en ciertas características de personalidad.

#### 5.6.2. DESCRIPCION Y ESTRUCTURA DEL TEST

Este inventario está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

Mide rasgos patológicos que están agrupados en escalas clínicas, además, la significación en el campo de lo normal (puntuajes medios).

Las escalas, que han sido cuidadosamente construidas y comprobadas mediante validez cruzada, constituyen un medio ade-

cuado para conocer el status de la personalidad y el ajuste emocional de jóvenes y adultos letrados, con fundamentos para evaluar la aceptación y confianza en sus resultados.

Corresponde al psicólogo determinar la importancia de los rasgos que desea evaluar de entre aquellos comunmente característicos de las anomalías psicológicas. Las 9 escalas para uso clínico fueron denominadas de acuerdo con las condiciones de anormalidad en que se basó su construcción. No se espera que las escalas midan rasgos puros ni que representen entidades separadas etiológicas o de pronóstico.

El MMPI consta de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas, que incluyen una gran variedad de temas; actitudes sociales, religiosas, políticas y sexuales; preguntas sobre educación, ocupación y familia; síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos y compulsivos; ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas, etc..

Las frases se dividen en 3 categorías: cierto, falso y no puedo decir. El sujeto debe identificar el mayor número posible de frases como ciertas o falsas con respecto a sí mismo y hacer la anotación correspondiente en la hoja de respuesta. Después de que el sujeto ha respondido al mayor número posible de frases, se cuentan sus contestaciones para obtener la

puntuación de las 9 escalas clínicas y de las 4 escalas de validez. La calificación de las escalas clínicas se realiza por medio de un juego de plantillas a través de las cuales se observan las marcas hechas por el sujeto en la hoja de respuesta. Una vez obtenidas las puntuaciones para las diferentes escalas, de acuerdo con las mismas, se traza un diagrama en la hoja del perfil.

A continuación se presenta la lista de escalas clínicas y de validez, con su clave correspondiente y cantidad de reactivos que las integran:

LISTA DE LAS ESCALAS BASICAS DEL MMPI

<u>CLAVE</u>	<u>NOMBRE DE LAS ESCALAS</u>	<u>NUMERO DE REACTIVO</u>
<b>ESCALAS CLINICAS</b>		
1-Hs	(hipocondriasis)	33
2-D	(Depresión)	60
3-Hi	(Historia)	60
4-Dp	(desviación psicopática)	50
5-Mf	(Masculinidad-feminidad)	60
6-Pa	(Paranoia)	40
7-Pt	(psicastonia)	48
8-Es	(esquizofrenia)	78
9-Ma	(Hipomanía)	46
0-Is	(Introversión social)	70
<b>ESCALAS DE VALIDEZ</b>		
?	(Frases omitidas)	-
M	(Mentira)	15
F	(Validéz)	64
K	(Corrección)	30

### 5.6.3 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

En la confiabilidad se utilizó el método test-re-test con un intervalo desde 3 días hasta más de 1 año, hay coeficientes variables según las diferentes escalas, siendo en la investigación de los autores el más alto de 183 y el más bajo de .57.

En cuanto a la validez, se ha encontrado que un puntaje alto en una escala favorece la predicción positiva del diagnóstico final en más de un 60% de los casos.

### 5.6.4. DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

#### 5.6.4.1. ESCALAS DE VALIDEZ

(?,L,F,K) Estos cuatro indicadores de validez representan comprobaciones sobre el descuido, la incomprensión, el fingimiento y las actitudes que adopta el examinado al contestar el inventario. Estas actitudes están basadas en el grado de conformidad con el grupo, en la socialización y en el estado de salud mental del sujeto.

ESCALAS DE FRASES OMITIDAS (?)

La primera escala del perfil pertenece a frases omitidas que son las frases que el examinado no contesta.

La cantidad de frases sin contestación afecta las demás escalas razones que existen para que una persona deje frases sin contestar. Hay que tomar en cuenta, sexo, edad, status socioeconómico, educación, etc. Se ha encontrado que pacientes -- psiquiátricos, ofrecen una alta puntuación; incluyendo también a las personas con fuertes tendencias a la intelectualización, quienes encuentran tanto errores en determinadas frases y, dan muchas razones para no contestar en una forma u -- en otra, que finalmente, dejan muchas frases sin respuesta.

ESCALA L (o mentira)

Esta escala fue introducida por Hathaway y Mckinley - en 1951 para poder evaluar el grado de franqueza del examinado durante la aplicación. Está integrada por frases que hablan acerca de un comportamiento socialmente aceptable pero que es difícil que la mayoría de las personas lo tengan.

ESCALA F (o influencia o autocrítica)

La escala F no es estrictamente una escala de persona

lidad, pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total del instrumento. Esta escala ha sido llamada escala de frecuencia, escala de confusión y escala de validez.

Se refiere a que contiene frases de contenido raro, poco usual y por lo tanto cuando una persona puntúa alto, o realmente tiene una enfermedad muy grave o tiene alguna motivación especial para fingirse enfermo. Está relacionada con la autocrítica, en una actitud demasiado crítica la puntuación es alta; además cabe mencionar dentro de ésta puntuación las personas que tienen incapacidad para leer y no comprender -- bien el contenido de las frases y las personas que contestan al azar.

#### ESCALA K (corrección o defensidad)

Las primeras versiones del MMPI no incluían esta escala que se desarrolló experimentalmente para incrementar los indicadores de validez del instrumento y, proporcionar un medio de corregir estadísticamente los valores de las escalas clínicas. También se ha encontrado que opera como índice de ciertas actitudes de una puntuación alta en esta escala describe a las personas como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa y versátiles. Una baja puntuación caracteriza a sujetos desconfiados,



inhibidos, superficiales, sumisos, con personalidad desorganizada y con un concepto muy pobre de sí mismos.

#### 5.6.4.2. ESCALAS CLINICAS.

##### 1-Hs (Hipocondrías)

Esta fué la primera escala que derivaron Hathaway y McKinley en 1940. Mide interés anormal acerca de las funciones corporales.

Puntajes altos en ésta escala caracteriza a sujetos que tienen preocupaciones indebidas acerca de su salud física. Se quejan constantemente de malestares un tanto vagos sin tener base orgánica. Y las puntuaciones bajas en ésta escala se encuentran en personas que tienen muy poca o ninguna preocupación somática.

##### 2-D (Depresión)

La segunda escala del perfil clínico, integrada por 50 frases, fué establecida para medir el grado o profundidad del conjunto de síntomas clínicos propios de la depresión. Es conocida también como la escala del "estado de ánimo" - - pues por medio de ella es posible encontrar estados emocionales momentáneos y pasajeros.

Mide estado de ánimo triste, empobrecimiento de la moral, -- sentimientos de inutilidad, y pesimismo en relación al futuro.

Esta escala puede presentarse alta cuando la depresión es el cuadro primario y la depresión es secundaria a algún otro -- padecimiento.

### 3-Hi (Histeria)

Esta escala de 60 frases se desarrolló para ayudar a la identificación de pacientes que usan las defensas neuróti cas propias de histeria de conversión. Estos pacientes utilizan los síntomas físicos como un medio de resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades. Los síntomas se refieren generalmente a parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos, intestinales o síntomas cardíacos, tensiones, miedos y preocupaciones, desmayos, convulsiones epileptiformes, trastornos menstruales, alteraciones de los sentidos (ceguera o sordera conversiva)--- somatización por angustia, rasgos: teatralidad, coquetería.

### 4-Dp (Desviación psicopática)

Esta escala de 50 frases se desarrolló para medir las características de la personalidad del subgrupo de personas-

amorales y antisociales con desórdenes psicopáticos de la -- personalidad. Este grupo incluye personas asociales, con cua-- dros patológicos en la estructura de su personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar. Personas-- que se caracterizan por ausencia marcada de respuesta emocional, incapacidad para beneficiarse de la experiencia, falta-- de interés en los principios establecidos por la sociedad, -- en las normas morales y disgresiones (violar o faltar a re-- glas) que son: mentira, robo, alcoholismo, drogadicción y -- perversiones sexuales (Mensh 1955) considerando dentro de és-- te grupo a personas mentalmente enfermas que se encuentran -- en desacuerdo con el medio.

5-Mf (Masculino-femenino)

Está compuesta de 60 frases y tiene por objeto obte-- ner respuestas relacionadas con intereses propios de los hombres o de las mujeres. Mide la tendencia hacia los patrones-- de intereses masculinos o femeninos, detecta los intereses -- que se consideran propios para cada uno de los sexos. También ésta escala fué diseñada para identificar los rasos-- de la personalidad relacionados en la inversión sexual masculina. El término desviación sexual incluye varios desórdenes como el travestismo, paidofilia, sadismo, fetichismo, exhibicionismo.

6-Pa (Paranoíia)

Escala integrada por 40 frases se derivó para evaluar el patrón clínico de la paranoíia, cuyos síntomas clásicos -- son: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, sentimientos o ideas de persecución, delirio de grandeza y percepciones inadecuadas. Los rasgos paranoides pueden encontrarse en personas que dan la impresión de estar bien orientadas en el -- tiempo y en el espacio, aunque pueden mostrar malas interpre-- taciones de las situaciones, de tal forma que la percepción-- pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades e inteli-- gencia.

7-Pt (Psicastenia)

Esta escala de 48 frases fué derivada para ayudar a-- la evaluación del patrón neurótico de la psicastenia o del-- síndrome obsesivo-compulsivo. Sus características incluyen,-- reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas, dudas excesivas,-- dificultad para decidir, temores, preocupación obsesiva, ac-- tos compulsivos, ritualistas y perfeccionistas. La tendencia a este tipo de conducta se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, y desconfianza.

### 8-Es (Esquizofrenia)

Escala compuesta por 78 frases, es la más numerosa de las escalas clínicas. El patrón psicótico de la esquizofrenia del que se derivó ésta escala es muy heterogéneo y contiene muchos rasgos conductuales contradictorios. Hathaway y Mckinley (1951) dedicaron a ésta escala más tiempo de investigación que a cualquier otra; sin embargo aún es considerada como una de las más débiles por lo complejo de la entidad que representa. Los rasgos más importantes característicos del esquizofrénico son la incongruencia de afecto, pensamientos fraccionados, contenido extraño, poco interés en el medio, aislamiento emocional, relaciones interpersonales inadecuadas, apatía e indiferencia.

### 9-Ma (Hipomanía)

Escala de 46 frases, derivada del desorden afectivo llamado hipomanía que se caracteriza por hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas, elación inestable, insomnio, hipertiroidismo y actitud de desconfianza. El propósito de ésta escala fué poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas, tipo maniaco.

### 0-Is (Introversión Social)

Esta escala fué publicada inicialmente por Drake en 1946. El antecedente teórico inmediato de la adaptación de éste concepto para el MMPI, fué un estudio de Evans y McConnell (1941) en el cual analizaron las características de la personalidad relacionadas con la introversión y la extroversión.

La escala consta de 70 reactivos. Las puntuaciones altas indican tendencia a la introversión y las puntuaciones bajas se relacionan con la extroversión.

#### 5.6.5. APLICACION DEL MMPI

Este instrumento psicométrico lo pueden entender y contestar sin dificultad personas de 16 a 55 años con 6 años de escolaridad, siendo lo esencial que sepan leer.

No hay tiempo límite, pero generalmente una persona requiere de una hora o una hora y media para completar el inventario. Su forma de aplicación puede ser individual, colectiva y autoadministrada.

La sesión debe principiar con una breve información de lo que se va a hacer y del propósito de la aplicación.

Informar a los sujetos la aproximación del tiempo para contestar el inventario e indicar cómo se va a proceder con sus respuestas.

#### 5.6.6. PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL MMPI

Primeramente se separan las hojas de respuesta y perfil de acuerdo con el sexo del examinado.

Marcar con un lápiz de color los reactivos omitidos o con doble marca. Contar el total y anotarlo en el lugar correspondiente a esa escala en la hoja de perfil y sumario.

Colocar cada plantilla sobre la hoja de respuesta haciendo coincidir exactamente las guías tanto en la plantilla como en la hoja de respuestas.

Contar con el número de marcas que aparecen a través de los orificios de la plantilla.

Escribir el total de respuestas marcadas para cada escala en la hoja de perfil, en la casilla correspondiente a la puntuación de la escala.

Hacer las correcciones de las 5 escalas modificables con K. Se obtienen las puntuaciones T para todas las escalas y a -- continuación se procede a trazar el perfil.

CAPITULO VI  
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

6.1 POBLACION, TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

En la Institución Psiquiátrica donde se desarrolló el presente estudio labora un total de 127 personas que se distribuyeron en la forma siguiente:

Médicos adscritos	6
Médicos Residentes	16
Hermanos	8
Religiosas	5
Psicología	3
Trabajo Social	3
Enfermería e Intendencia	<u>86</u>
TOTAL	127

Dentro de la población total, se seleccionó al grupo de personal que tiene contacto más directo y permanente con los pacientes siendo éste el de enfermería, intendencia y vigilancia. El número de éste grupo es de 86.

La muestra seleccionada fué de 48 personas de ambos -sexos, habiéndose escogido un muestreo por cuotas entre los-



individuos que saben leer y escribir ya que el estudio requere el llenado de cuestionarios y elaboración de algunas -- pruebas dibujadas o escritas.

Este grupo a su vez se dividió en tres grupos de antigüedad laboral con objeto de poder analizar la posible influencia del tiempo en las actitudes del personal. Para el análisis anterior el primer grupo abarca el personal con menos de un año de servicio; el segundo al personal con más de un año y menos de seis y por último un grupo con más de 6 años en la institución.

El muestreo por "cuota" deriva su nombre de la práctica de asignar "cuotas" o proporciones de clases de personas a los entrevistadores (1).

Se trata de una muestra no probabilística porque no fue empleada la extracción aleatoria, puesto que el muestreo aleatorio es el procedimiento para obtener una parte (muestra) de una población del universo, en tal forma que cada miembro de la población o universo tenga igual oportunidad de ser elegido (1).

---

(1) Kerlinger, Fred. N. Investigación del Comportamiento  
Pag. 83, 91.

## 6.2 HIPOTESIS DE TRABAJO O CONCEPTUAL Y LAS ESTADISTICAS

En la hipótesis de investigación, se plantea la posible existencia de alguna influencia de los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico, en su actitud hacia el enfermo mental.

Esta posible existencia de una correlación entre la actitud de éste personal y sus rasgos de personalidad hacia el enfermo mental, se midió por medio de un Diferencial Semántico (DS), método estadístico cuyo propósito es medir el significado connotativo de los conceptos utilizados, y por medio de los test aplicados se obtuvieron de manera objetiva los puntajes que indican los rasgos predominantes de personalidad de dicho personal.

Cada uno de los rasgos de personalidad obtenidos se correlacionó con factores del Diferencial Semántico (DS), los cuales determinarán la actitud misma de los individuos que laboran en éste tipo de instituciones.

Para analizar los resultados de éste estudio establecimos -- las siguientes hipótesis estadísticas:

Para correlación:

$$H_0 : \rho = 0$$

$$H_a : \rho \neq 0$$

Para ANOVA:

$H_0 : \mu_i = \mu$  Para  $i = 1, 2, 3$ .

$H_a : \mu_i \neq \mu$  Para alguna  $i$

### 6.3 VARIABLES

En el presente estudio de investigación se estudia -- la correlación de la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico; la primera es considerada la variable dependiente y la segunda la variable independiente.

Para comparar rasgos entre grupos, se tomó como variable independiente la antigüedad laboral y como variable dependiente los rasgos.

### 6.4. INSTRUMENTOS DE MEDICION

Los instrumentos de medición que utilizamos en esta investigación son los siguientes:

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que se utilizó para obtener los rasgos patológicos -- que se pudiesen presentar en el personal.

Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone con la finalidad de obtener los rasgos característicos inherentes a --

la personalidad del asistente psiquiátrico.

Test Guestáltico Visomotor de Bender en la adaptación establecida por Hutt la cual por medio de la escala de Psicopatología se utiliza para acentuar al máximo los rasgos psicopatológicos del individuo en estudio de tal manera que se obtengan predicciones significativas acerca de las características de la personalidad y la posibilidad de su modificación.

Método Diferencial Semántico (DS) que se utilizó como complemento de los 3 instrumentos anteriores para establecer la relación que pudiese existir entre la actitud y los rasgos de personalidad del personal encargado de la atención de los enfermos mentales. Este DS se construyó especialmente para el caso de acuerdo con los propósitos establecidos para esta investigación.

#### 6.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Las aplicaciones de los test antes mencionados se llevaron a cabo durante las horas de trabajo correspondientes al personal, escogiendo el tiempo u horario en que las personas tuvieran más acceso a la entrevista y aplicación de pruebas.

La entrevista fué de tipo abierto, donde se les explicó la finalidad de las aplicaciones y en sí el proyecto de investigación.

El tiempo transcurrido desde su inicio hasta su finalización fué aproximadamente de 2 meses.

La mayor parte del personal se mostró dispuesto a colaborar-- excepto una persona que estuvo renuente a cooperar captando se insegura, reacia y negativa a la evaluación.

El número de sesiones que se ocupó para cada uno de los asistentes fué variable, dependiendo del tiempo y disposición -- mostrada por el sujeto, pero en promedio se utilizaron tres días consecutivos con tiempos de entrevista que variaron entre 45 minutos y 2 1/2 horas.

## 6.6 TECNICAS DE ANALISIS

Para analizar los resultados de los 4 métodos de investigación empleados se utilizaron las siguientes técnicas:

### 6.6.1 CORRELACION DE PEARSON.

En ésta técnica se utiliza la ecuación:

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

r = correlación entre variables  
n = tamaño muestra del grupo.

Siendo las reglas de decisión en el caso de la corre

lación entre Rasgos del MMPI y factores del DS las siguientes:

En el grupo menor a 1 año, si  $|r| > 0.7067$  existe correlación significativa.

Para el grupo entre 1 y 6 años si  $|r| > 0.3739$  es significativa la correlación.

Para el grupo mayor a los 6 años, si  $|r| > 0.5759$  es significativa la correlación.

6.6.2 Para obtener el rasgo promedio en el MMPI en los 3 -- grupos, la técnica de análisis utilizada fué ANOVA.

Los valores F para éste procedimiento se calcularon -- con las fórmulas siguientes:

		SUMA CUADRADOS	G.	L.
GRUPOS	SCA	$= \sum \frac{t_i^2}{n_i} - \frac{(t)^2}{n}$		2
SUJETOS	SCer	$= SCT - SCA$		45
TOTAL	SCT	$= \sum \sum y_{ij}^2 - \frac{(t)^2}{n}$		47

SIENDO LA REGLA DE DECISION, que si:

$$F > 0.95 \quad F_{2,45} = 3.295$$

y  $\alpha = 0.05$  existe diferencia significativa.

De la misma manera se obtuvieron los valores F de la ANOVA de los rasgos de Thurstone y sus comparaciones entre grupos y los valores F de la ANOVA de la escala de Actitudes del DS y sus comparaciones entre grupos.

6.6.3 La técnica de análisis utilizada para la correlación de los 17 factores en la escala de psicopatología de Hutt entre los grupos fué el método de Kruskal-Wallis, utilizando la fórmula :

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum \frac{R^2}{n} - 3(N+1)$$

Regla de decisión :

Si  $H > 0.95$   $\chi^2_{2} = 5.99$  Existe diferencia significativa entre grupos.

6.6.4 Para la correlación en MMPI y Bender se utilizó para los 3 grupos la técnica de análisis relacionada con el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, cuya fórmula es la siguiente :

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)} \quad d = x - y$$

Para el grupo menor a 1 año, la regla de decisión fué:  
Si  $|r| > 0.7069$  la correlación es significativa.

Para el grupo entre 1 y 6 años, la regla de decisión fué : Si  $|r| > 0.3739$  la correlación es significativa.

Para el grupo mayor a los 6 años, la regla de decisión fué : Si  $|r| > 0.5759$  la correlación es significativa.

## CAPITULO VII

## DATOS ESTADISTICOS, ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

El siguiente capítulo contiene la descripción de los datos estadísticos, análisis y resultados correspondientes a la investigación.

Los tres grupos agrupados por antigüedades; el primero cuya antigüedad es menor a un año, el segundo, entre uno y siete años y el tercero, cuya antigüedad es mayor a los seis años.

Describiré cada una de las tablas pertenecientes a cada uno de los grupos.

La tabla No. 1 contiene las puntuaciones obtenidas de las 4-pruebas aplicadas: Bender, MMPI, Diferencial Semántico y - - Thurstone del grupo de antigüedad menor a un año.

Las primeras 17 columnas corresponden al puntaje del test Visomotor de Bender usando la adaptación de Hutt (escala de psicopatología); las siguientes 10 columnas corresponden a las puntuaciones T de cada una de las 10 escalas del MMPI, en secuencia, las 7 posteriores columnas muestran el Percentil de cada una de las áreas del Thurstone y las 3 últimas columnas corresponden al factor promedio obtenido en el



Diferencial Semántico de cada una de sus escalas.

Tabla No. 2, contiene de la misma manera, las puntuaciones de las 4 pruebas descritas anteriormente, teniendo éste grupo una antigüedad entre 1 y 6 años.

Las primeras 17 columnas corresponden también al puntaje del test visomotor de Bender utilizando la adaptación de Hutt -- (escala de psicopatología); las siguientes 10 columnas corresponden a las puntuaciones T de cada una de las 10 escalas del MMPI; posteriormente las siguientes 7 columnas muestran el percentil de cada una de las áreas del Thurstone y las últimas 3 columnas, al factor promedio obtenido en el Diferencial Semántico de cada una de sus escalas.

Tabla No. 3; ésta tabla contiene las mismas puntuaciones de las 4 pruebas nombradas anteriormente en la tabla 1 y 2, a diferencia entre ellas, la antigüedad perteneciente en cada grupo.







## HIPOTESIS DE CORRELACION:

Ha:  $\rho \neq 0$

Existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico.

Ho:  $\rho = 0$

No existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico.

En la tabla No. 4 se obtuvieron los resultados de correlación entre rasgos del MMPI y factores del Diferencial Semántico (DS) para el grupo menor a 1 año por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Las puntuaciones T obtenidas en la aplicación del MMPI se convirtieron a rangos en cada una de sus escalas pertinentes.

De los tres factores en el diferencial semántico, fué obtenido el factor promedio en cada una de sus escalas.

TABLA NO. 4

Resultados de correlación entre rasgos MMPI y factores del Dife -  
rencial Semántico para el grupo menor a 1 año.

La prueba de hipótesis se resolvió por  $\chi^2$  Pearson.

		H H P I									
		Hs	D	Hi	Dp	HE	Pa	Pc	Es	Ma	Is
	E	0.5073	0.0140	0.4674	0.2766	-0.3663	0.3618	-0.5256	-0.0550	0.0564	-0.1392
DS	P	-0.1850	0.4850	0.1295	0.3387	0.4777	0.3801	0.3778	0	0.2123	0.6029
	A	0.4350	-0.3521	0.1933	0.0643	0.0132	0.5215	-0.2332	0.2448	0.0132	-0.392

Si  $|r|$  es mayor que 0.7067 es significativa la correlación.

## HIPOTESIS DE CORRELACION:

Ha:  $\rho \neq 0$

Existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico.

Ho:  $\rho = 0$

No existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico.

En la Tabla No. 5 se presentan los resultados entre rasgos del MMPI y factores del Diferencial Semántico para el grupo con antigüedad entre 1 y 6 años por medio de la prueba-coeficiente de correlación de Pearson.

Las puntuaciones naturales obtenidas, de las 10 escalas del MMPI, agregando el factor K dando como resultado la puntuación corregida; se utilizan las puntuaciones T las cuales se convierten a rangos y se correlacionan con el factor -- promedio obtenido en el Diferencial Semántico de cada una de sus escalas.

TABLA NO. 5

Resultados de correlación entre rasgos MMPI y Factores del Diferencial Semántico para el grupo entr 1 - 6 años.

La prueba de hipótesis se resolvió por medio de la técnica de análisis, Coeficiente de Correlación de Pearson.

		I I M P I									
		Ils	D	HI	Dp	HF	Pa	Pt	Es	Ma	Is
	E	0.1447	0.3063	0.2606	-0.0248	0.3692	0.1026	-0.0372	-0.0600	-0.0822	0.0383
DS	P	0.0173	-0.1388	0.0374	-0.4021*	-0.0018	-0.0126	-0.2420	-0.3256	-0.1401	-0.3169
	A	-0.1782	-0.0627	-0.2003	-0.0452	0.3373	0.0843	0.0898	0.1480	0.2117	0.0541

Si  $|r|$  es mayor que 0.3739 es significativa la correlación.



## HIPOTESIS DE CORRELACION:

 $H_a : \rho \neq 0$ 

Existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo y los rasgos de personalidad del personal - - asistencial psiquiátrico.

 $H_o : \rho = 0$ 

No existe una correlación entre la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad del personal asistencial psiquiátrico.

En la Tabla No. 6 se obtuvieron los resultados de la correlación entre rasgos del MMPI y factores del Diferencial Semántico para el grupo mayor a los 6 años por medio de la -- técnica de análisis coeficiente de correlación de Pearson.

Las puntuaciones T del MMPI se convirtieron en rangos para correlacionarlas con el factor promedio obtenido en el diferencial semántico de cada una de sus escalas.

TABLA NO. 6

Resultados de correlación entre rasgos MMPI y Factores del Diferencial Semántico para el grupo mayor de 6 años.

La prueba se resolvió por medio de la técnica de análisis del Coeficiente de correlación de Pearson ( $r_{\text{pearson}}$ )

		M M P I									
		Ms	D	Hi	Dp	Hf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
E		-0.0764	-0.4831	-0.3015	0.3953	0.4069	-0.1865	-0.0471	-0.3141	0.5586	-0.5111
DS	P	-0.2123	-0.3494	-0.2654	0.1941	0.0461	-0.3328	-0.0465	-0.0722	0.1833	0.3602
A		-0.2162	-0.5085	-0.3666	0.4292	0.5306	-0.1660	0.2042	-0.0871	0.5443	-0.7243*

Si  $|r|$  es mayor que 0.5759 es significativa la correlación

## HIPOTESIS DE ANOVA:

$H_0 : \mu_i = \mu$  para  $i = 1, 2, 3$ .

El rasgo promedio en el MMPI entre los grupos es igual.

$H_a : \mu_i \neq \mu$  para alguna  $i = 1, 2, 3$

El rasgo promedio en el MMPI entre los grupos no es igual.

La Tabla No. 7 Muestra los valores F de la ANOVA de los rasgos del MMPI y sus comparaciones entre grupos.

De los tres grupos formados para la investigación, se utilizaron las puntuaciones T del MMPI de cada una de sus escalas para obtener la varianza (ANOVA) y así obtener la comparación entre los grupos.

TABLA No. 7

Valores F de la ANOVA de los rasgos del MMPI  
y sus comparaciones entre grupos.

Rasgo	Hs	D	Hi	Dp	Mf
Valor F calculado de ANOVA.	0.0444	0.1884	0.0463	0.0082	0.4385

Rasgo	Pa	Pt	Es	Ma	Is
Valor F calculado de ANOVA.	0.9530	1.139	1.151	0.9903	0.3398

Regla de decisión:

Si  $F > 0.95$   $F_{2.45} = 3.205$  existe diferencia significativa.

Prueba: Técnica de análisis utilizada fué ANOVA

Interpretación: No existe diferencia significativa.

## HIPOTESIS DE ANOVA:

$H_0 : \mu_i = \mu$  para  $i = 1, 2, 3$

: El rasgo promedio en el Thurstone entre los 3 grupos -  
es igual.

$H_a : \mu_i \neq \mu$  para alguna  $i = 1, 2, 3$

: El rasgo promedio en el Thurstone entre los 3 grupos -  
no es igual.

En la Tabla No. 8 se observan los valores F de ANOVA de los rasgos del Thurstone y sus comparaciones entre grupos, donde se utilizó la puntuación en percentiles de cada una de sus áreas para obtener el valor F calculado de ANOVA.

TABLA 8.

Valores F de ANOVA de los rasgos del Thurstone y --  
sus comparaciones entre grupos

Rasgo	A	V	I	D	E	S	R
Valores de F calculado de ANOVA.	0.0541	0.7638	0.4149	1.1459	0.5090	0.1904	0.6973.

Regla de decisión:

Si  $F > 0.95$   $F_{2.45} = 3.205$  Existe diferencia signi-  
ficativa.

Interpretación: No existe diferencia significativa.

## HIPOTESIS DE ANOVA:

Ho :  $\mu_i = \mu$  para  $i = 1, 2, 3$

: La actitud promedio en la escala de actitudes del Diferencial Semántico entre los grupos es igual.

Ha :  $\mu_i \neq \mu$  para alguna  $i = 1, 2, 3$

: La actitud promedio en la escala de actitudes del Diferencial semántico entre los grupos no es igual.

Prueba: La técnica de análisis utilizada fue ANOVA.

La Tabla No. 9, muestra los valores F de ANOVA de la escala de actitudes del Diferencial Semántico y sus comparaciones entre grupos.

En esta escala se obtuvieron las puntuaciones asignándosele un valor que va desde 1 al 7, de acuerdo al grado de aceptación o desaprobación con respecto al objeto psicológico para obtener la varianza.

TABLA No. 9

Valores F de la ANOVA de la escala de actitudes del Diferencial Semántico y sus comparaciones entre grupos.

Escala	1	2	3	4	5	6
Valor F Calculado de ANOVA	0.175	0.105	0.800	0.0402	0.837	1.362
Escala	7	8	9	10	11	12
Valor F Calculado de ANOVA	1.264	2.561	1.690	0.064	1.126	2.384

Regla de decisión:

$$\text{Si } F > 0.95 \quad F_{2,45} = 3.205$$

Existe diferencia significativa.

Interpretación:

No existe diferencia significativa entre los grupos

#### METODO DE KRUSKAL - WALLIS

$H_0 : \mu_i = \mu_j$  para  $i = 1, 2, 3$

: No hay diferencia significativa entre los puntajes de Bender entre grupos.

$H_a : \mu_i \neq \mu_j$  para alguna  $i = 1, 2, 3$

: Hay diferencia significativa entre los puntajes de Bender entre grupos.

La técnica de análisis utilizada fué el método de Kruskal - Wallis por tratarse de una escala ordinal calificada del 1 al 10 (criterio de Hutt) debido a ésto, se utilizó éste método.

En la tabla No. 10 se aprecian los valores H de Kruskal-Wallis de los 17 factores de Bender y sus comparaciones entre grupos. Para el método utilizado de Kruskal-Wallis, las puntuaciones normales (ordinales) de Bender usando la adaptación de Hutt se convirtieron en rangos de los 3 grupos co--

rrespondientes para obtener los valores H del método utilizado.

TABLA No. 10.

Valores H de Kruskal-Wallis de los 17 factores de Bender y sus comparaciones entre grupos.

HB <sub>1</sub>	HB <sub>2</sub>	HB <sub>3</sub>	HB <sub>4</sub>	HB <sub>5</sub>	HB <sub>6</sub>
0.71724	2.7966	0.9095	1.1038	0.1153	2.434
HB <sub>7</sub>	HB <sub>8</sub>	HB <sub>9</sub>	HB <sub>10</sub>	HB <sub>11</sub>	HB <sub>12</sub>
4.1951	0.834	4.1457	0.6034	5.639*	2.408
HB <sub>13</sub>	HB <sub>14</sub>	HB <sub>15</sub>	HB <sub>16</sub>	HB <sub>17</sub>	
3.257	0.0447	0.00001	0.7379	32.772*	

Regla de decisión:

Si  $H > 0.95 \chi_2^2 = 5.99$  Existe diferencia significativa.

Interpretación:

Por cálculo estadístico se encuentran diferencias en HB<sub>11</sub> y HB<sub>17</sub>.



## HIPOTESIS DE CORRELACION:

Ho :  $\rho = 0$

: No hay relación en MMPI y Bender

Ha :  $\rho \neq 0$

: Hay relación entre MMPI y Bender

Prueba: La técnica de análisis utilizada fué coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

Debido a que las puntuaciones de Bender son ordinales, se transformaron las puntuaciones del MMPI en ordinales.

La Tabla No. 11 muestra los valores calculados por medio del coeficiente de correlación de Spearman del grupo menor a un año.

Se utilizó para éste cálculo las puntuaciones ordinales del Bender convertidas a rangos y las puntuaciones T del MMPI - convertidas también a rangos para su correlación.

H<sub>0</sub> : Correlación en MMPI y Bender

Prueba : Técnica de análisis fué coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

Debido a que las puntuaciones de Bender son ordinales, se transformaron las puntuaciones del MMPI en ordinales.

TABLA No. 11

Valores calculados de Spearman (Bender y MMPI) del grupo menor a 1 año.

	Hs	D	Hi	Dp	Hf	Pa	Pt	Es	Ha	Is
1	0.3155	0.4881	0.2441	0.1012	0.1489	0.1191	0.6727	0.2064	0.1965	0.6727
2	0.2381	0.2024	0.0239	0.1131	0.7143*	0.1786	0.125	0.3096	0.1429	0.1072
3	0.3334	0.2262	0.2620	0.3036	0.2381	0.3453	0.1727	0.1667	0.1429	0.1786
4	0.2620	0.4405	0.0953	-0.1370	0.1191	0.0120	0.4346	0.0953	-0.0715	0.3929
5	0.5239	0.5120	0.50	0.5060	0.5239	0.5120	0.5060	0.50	0.5239	0.5120
6	-0.5170	0.1608	-0.4584	0.0298	-0.1489	-0.1786	0.25	-0.2679	-0.1846	0.5774
7	-0.5596	-0.1429	-0.50	-0.3155	0	0.50	0.1905	-0.0715	-0.3096	0.5655
8	-0.4048	0.1786	-0.1191	-0.1131	-0.1191	0.1667	-0.1727	-0.50	0.0477	0.25
9	0.1489	-0.5239	-0.0059	-0.2024	-0.0179	0.7024*	-0.6429	0.2034	-0.1131	0.0191
10	0.5239	0.5120	0.50	0.5060	0.5239	0.5120	0.5060	0.50	0.5239	0.5120
11	0.1191	0.6310	0.2858	0.4346	0.2143	0.25	0.5774	0.1905	0.50	0.6310
12	0.0059	-0.5953	-0.2679	-0.2262	0.4346	0.2977	0.2798	-0.125	0.0059	0.9477
13	0.8155*	0.6667	0.7917*	0.7917*	0.1012	0.0174	0.4643	0.626	0.5655	0.0477
14	0.2620	-0.4167	-0.3810	-0.0417	0.0239	0.7735*	0.0059	0	-0.1667	0.5358
15	0.5239	0.5120	0.50	0.5096	0.5239	0.5120	0.5060	0.50	0.5239	0.5120
16	0.1191	0.6310	0.2858	0.4346	0.2143	0.25	0.5774	0.1905	0.50	0.6310
17	0.5239	0.5120	0.50	0.5060	0.5239	0.5120	0.5060	0.50	0.5239	0.5120

\* SIGNIFICATIVO

$\alpha = 0.05$

Regla de decisión:

Si  $r > 0.7067$  La correlación es significativa.

Interpretación:

La tabla nos muestra en general que la correlación no es significativa, pero aparecen algunos valores en los cuales la correlación es significativa. (\*)

#### HIPOTESIS

$H_0 : \rho = 0$

: No hay relación en MMPI y Bender

$H_a : \rho \neq 0$

: Hay relación en MMPI y Bender

Prueba: La técnica de análisis utilizada fué el coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

La Tabla No. 12 señala los valores calculados por medio de la técnica de análisis de correlación de Spearman para el grupo entre 1 y 6 años, utilizando los rangos de la prueba-MMPI y rangos del test de Bender.

No : Correlación en MMPI y Bender

Prueba : Técnica de análisis fué coeficiente de correlación de Rangos de Spearman.

TABLA No. 12

Valores calculados de  $\sqrt{\text{spearman}}$  (Bender y MMPI) del grupo entre 1 y 6 años.

	Hs	D	Hi	Dp	HF	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	0.2890	0.3133	0.2329	0.2171	0.0828	0.1012	0.2152	0.1862	0.0007	0.2969
2	0.1541	0.9114	0.2106	0.3214	-0.0448	0.2225	0.1057	0.0507	0.0999	0.0961
3	0.3170	0.2732	0.2662	0.5123*	0.1701	0.2398	0.4289*	0.6413*	0.2934	0.5770**
4	0.3300	0.2024	0.3729*	0.3348	-0.0560	0.3287	-0.0115	0.0745	0.0032	0.2799
5	0.3263	0.3705*	0.3623	0.3968*	0.2843	0.2923	0.3349	0.2272	0.2895	0.3568
6	0.0954	0.0676	0.6274	0.2465	0.1728	0.0873	0.4719	0.3098	0.0948	0.3196
7	0.2258	0.3224	0.3198	0.1855	0.0245	0.3060	0.1164	0.2942	0.2267	0.4144*
8	0.0750	0.1934	-0.0370	0.1034	-0.0427	-0.0039	0.1554	0.2981	0.2091	0.2614
9	-0.6637	0.0712	-0.1039	0.0224	-0.0730	-0.0312	0.0802	0.1597	0.0945	0.4044
10	0.1418	0.2184	0.2027	0.2778	0.3869	0.0592	0.2603	0.2187	0.2704	0.2874
11	-0.2117	0.0204	-0.1495	0.1192	-0.1621	-0.0029	0.0915	0.0725	0.5575	0.2795
12	0.3079	0.2625	0.3365	0.1346	0.3506	0.0041	0.2320	0.1707	0.0637	0.4018*
13	0.0709	0.3326	0.0363	0.2240	0.3278	0.3765*	0.3488	0.2929	0.4301*	0.2622
14	0.2425	0.3657	0.2375	0.1448	0.3502	0.2907	0.2436	0.3539	0.0942	0.5192**
15	0.5028*	0.5050*	0.5018*	0.5039*	0.5076*	0.5099*	0.5036*	0.4924*	0.5061*	0.5061*
16	0.2250	0.1046	0.2164	0.2044	0.0995	0.0510	0.1462	0.1944	-0.0395	0.5375
17	0.4875*	0.4513*	0.4520*	0.4314*	0.3948*	0.4486*	0.3887*	0.4048*	0.3873*	0.4716*

\* SIGNIFICATIVO

$\alpha = 0.05$

Regla de decisión:

Si  $r > 0.3739$  La correlación es significativa.

Interpretación:

La tabla nos muestra varios valores significativos en la correlación. (\*)

#### HIPOTESIS

$H_0 : \rho = 0$

: No hay relación en MMPI y Bender

$H_a : \rho \neq 0$

: Hay relación en MMPI y Bender

Prueba:

La técnica de análisis fué el coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

En la Tabla No. 13 se observan los valores calculados de las pruebas MMPI y Bender convertidas sus puntuaciones a rangos por medio del coeficiente de correlación de Spearman como técnica de análisis para el grupo mayor a los 65 años de antigüedad.

Ho : Correlación en WPI y Bander

Prueba : Técnica de análisis utilizada, fué el cociente de correlación de Rangos de Spearman.

TABLA No. 13

Valores calculados de Spearman (Bander y WPI) del grupo mayor de 6 años

	Hs	D	Hl	Dp	Hf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	0.4336	0.1102	0.6154*	0.1766	-0.1600	0.1749	0.1382	0.4214	0.1443	0.0294
2	-0.0980	0.4284	0.1119	-0.2833	-0.1277	0.0997	0.2793	0.0927	-0.3803	0.4371
3	0.6154*	0.0507	0.4896	0.4091	0.3759	0.4563	0.0070	0.3445	0.6128	0.1434
4	0.0577*	0.2833	0.3235	0.1574	0.1154	0.2063	0.4336	0.4091	0.0096	-0.0037
5	0.6154*	0.5123	0.6154*	0.6189*	0.3549	0.5822*	0.1959	0.5752*	0.5357*	0.4161
6	0.6417*	-0.0385	0.5577*	0.6189*	0.3969	0.2098	0.1906	0.6749*	0.8558*	-0.3235
7	0.2238	0.1154	0.1469	0.0175	-0.1172	0.1941	-0.1731	0.2728	0.1128	0.0787
8	0.2518	0.2955	0.2308	0.7151*	0.7658*	0.5910*	0.0962	0.2640	0.5341*	0.0193
9	0.3322	-0.0228	0.4161	0.3357	0.2396	0.2570	0.1959	0.5228	0.3523	0.0280
10	0.1224	0.1242	0.0805	0.2938	0.4703	0.4039	0.3847	0.2081	0.3383	0.2168
11	-0.0822	-0.0385	0.0822	-0.0473	0.2903	0.0805	0.2011	0.3007	-0.0516	-0.0175
12	0.50	0.5018	0.50	0.5035	0.5123	0.5088	0.4636	0.5018	0.5237	0.5105
13	0.2640	0.2518	0.3410	0.5153	0.5542*	0.3934	0.2133	0.4249	0.4013	-0.1556
14	0.3322	0.0403	0.2938	0.3567	0.3934	0.3742	-0.0069	0.4441	0.4153	-0.0927
15	0.50	0.5018	0.50	0.5035	0.5123	0.5088	0.4686	0.5018	0.5237	0.5105
16	0.2710	0.2973	0.2256	0.2693	0.5298	0.5630	0.1591	0.4301	0.3104	0.3217
17	0.50	0.5018	0.50	0.5035	0.5123	0.5088	0.4686	0.5018	0.5237	0.5105

\* SIGNIFICATIVO  $\alpha = 0.05$

Regla de decisión:

si  $r > 0.5759$  La correlación es significativa.

Interpretacion:

La tabla nos muestra que la mayoría de los valores, obtenidos no tienen una correlación significativa- excepto en unos cuantos. (\*)

PUNTUACION PROMEDIO (PUNTUACION T) DEL MMPI PERTENECIENTE  
AL GRUPO MENOR A 1 NAO

Masculino = 2

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
65.5	75	59.5	71.5	55	51.5	71.5	68.5	61.5	58

Femenino = 6

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
54.5	56	49.3	55.8	52.6	57	52.6	55.1	51.6	54.6



MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke H. Hathaway y J. Cherniow McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

F  
Femenino

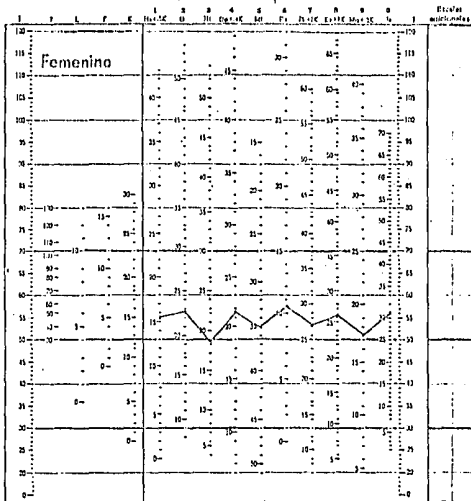
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado (ind.) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hecho por \_\_\_\_\_



Factorización K

	K	1	2	3	4
10	13	12	6		
11	13	12	6		
12	14	11	6		
13	14	11	6		
14	14	11	6		
15	13	10	5		
16	12	10	5		
17	12	5	5		
18	11	9	4		
19	11	8	4		
20	15	8	4		
21	10	8	4		
22	9	7	4		
23	9	7	4		
24	8	6	3		
25	8	6	3		
26	8	6	3		
27	8	6	3		
28	8	6	3		
29	8	6	3		
30	8	6	3		
31	8	6	3		
32	8	6	3		
33	8	6	3		
34	8	6	3		
35	8	6	3		
36	8	6	3		
37	8	6	3		
38	8	6	3		
39	8	6	3		
40	8	6	3		
41	8	6	3		
42	8	6	3		
43	8	6	3		
44	8	6	3		
45	8	6	3		
46	8	6	3		
47	8	6	3		
48	8	6	3		
49	8	6	3		
50	8	6	3		
51	8	6	3		
52	8	6	3		
53	8	6	3		
54	8	6	3		
55	8	6	3		
56	8	6	3		
57	8	6	3		
58	8	6	3		
59	8	6	3		
60	8	6	3		

## NOTAS

F = 6

GRUPO MENOR A 1 AÑO

Puntuación natural

Agregar factor K

Puntuación corregida



MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark H. Hathaway y J. Chanley McKinley

Nombre \_\_\_\_\_ (última de nombre)

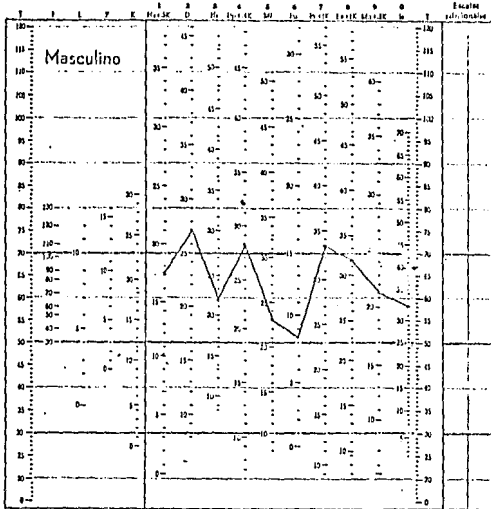
171  
Masculino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Resumen K

	K	A	T	Z
30	13	12	6	
25	15	12	6	
23	14	11	5	
22	14	11	5	
21	13	10	4	
20	16	11	6	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	5	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	2	2	1	
4	2	1	1	
3	2	1	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

## NOTAS

M = 2

GRUPO MENOR A 1 AÑO

Puntuación natural

Agregar factor K \_\_\_\_\_

Puntuación corregida \_\_\_\_\_



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PUNTUACION PROMEDIO (PUNTUACION T) DEL MMPI PERTENECIENTE -  
AL GRUPO ENTRE 1 Y 6 AÑOS.

Masculino = 8

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
58.2	63.5	53.8	62.2	54.5	54.2	59.7	70.1	62.7	53

Femenino = 20

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
56.5	57.2	52.6	58.5	56.1	56.4	49.4	61.2	54.8	57.4

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko H. Hathaway y J. Chomley McKinlay

## PERFIL Y SUMARIO

F  
Femenino

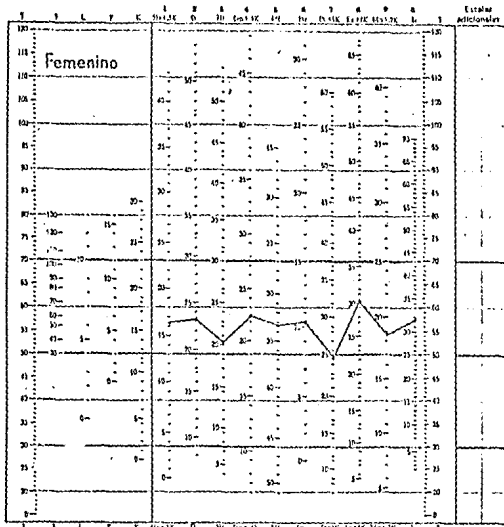
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado (civil) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Funcionamiento			
1	2	3	4
20	15	12	6
24	15	12	6
25	14	11	6
27	14	11	5
28	13	10	5
29	12	9	5
32	11	8	4
34	11	8	4
35	10	7	4
36	9	7	4
37	7	7	3
38	6	6	3
39	6	6	4
40	5	4	2
41	5	4	2
42	4	3	2
43	4	3	2
44	3	2	1
45	3	2	1
46	2	1	0
47	2	1	0
48	1	1	0
49	0	0	0
50	5	4	2
51	5	4	2
52	4	3	2
53	4	3	2
54	3	2	1
55	3	2	1
56	2	1	0
57	2	1	0
58	1	1	0
59	0	0	0
60	0	0	0
61	0	0	0
62	0	0	0
63	0	0	0
64	0	0	0
65	0	0	0
66	0	0	0
67	0	0	0
68	0	0	0
69	0	0	0
70	0	0	0
71	0	0	0
72	0	0	0
73	0	0	0
74	0	0	0
75	0	0	0
76	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
79	0	0	0
80	0	0	0
81	0	0	0
82	0	0	0
83	0	0	0
84	0	0	0
85	0	0	0
86	0	0	0
87	0	0	0
88	0	0	0
89	0	0	0
90	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
96	0	0	0
97	0	0	0
98	0	0	0
99	0	0	0
100	0	0	0

### NOTAS

F = 20

GRUPO 1 - 6 AÑOS

Puntuación natural \_\_\_\_\_  
 Agrega factor K \_\_\_\_\_  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_



Suma \_\_\_\_\_

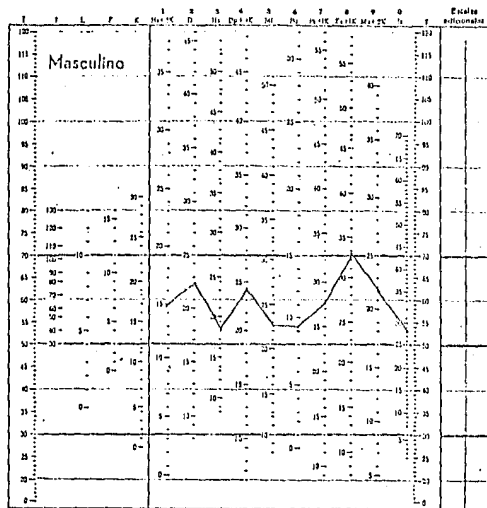
Fecha \_\_\_\_\_

179

111  
2-4

# INVENTARIO MULTI-ASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Hathaway y J. Chanley McKinley



Puntuación natural

Agregar factor K

Puntuación corregida



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Nombre \_\_\_\_\_ (letra de imprenta)

Maschev

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Antes de comenzar o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referida por \_\_\_\_\_

## NOTAS

N = 8

GRUPO 1 - 6 AÑOS

Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100
2	100	105	100	105	100	105	100	105	100	105
3	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100
4	100	105	100	105	100	105	100	105	100	105
5	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100
6	100	105	100	105	100	105	100	105	100	105
7	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100
8	100	105	100	105	100	105	100	105	100	105
9	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100
10	100	105	100	105	100	105	100	105	100	105
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PUNTUACION PROMEDIO (PUNTUACION T) DEL MMPI PERTENECIENTE  
AL GRUPO MAYOR A LOS 6 AÑOS.

Masculino = 3

Hs	D	Hi	DP	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
56.6	67.6	56	62	63.6	54.6	60.3	66	47.3	55.3

Hs	D	Hi	Do	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
55.7	54.4	52.3	59.5	61.4	50.3	49	56.3	54.1	53.1

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark H. Hathaway y J. Cheney McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

**F**  
Femenina

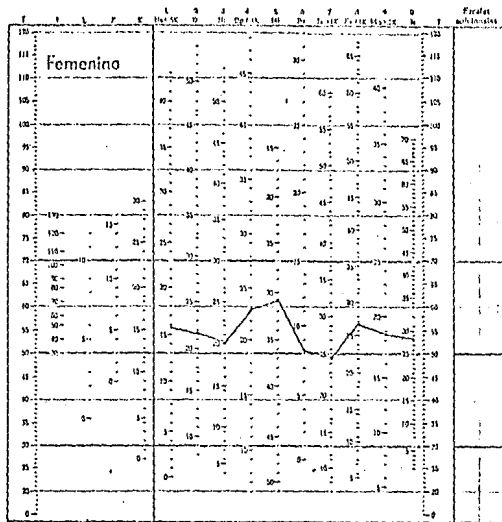
Nombre \_\_\_\_\_ (otra de mujer)

Dirección \_\_\_\_\_

Grupo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Pruebas auxiliares

Prueba	1	2	3	4	5
15	15	15	12	6	6
16	15	15	12	6	6
17	15	15	12	6	6
18	15	15	12	6	6
19	15	15	12	6	6
20	15	15	12	6	6
21	15	15	12	6	6
22	15	15	12	6	6
23	15	15	12	6	6
24	15	15	12	6	6
25	15	15	12	6	6
26	15	15	12	6	6
27	15	15	12	6	6
28	15	15	12	6	6
29	15	15	12	6	6
30	15	15	12	6	6
31	15	15	12	6	6
32	15	15	12	6	6
33	15	15	12	6	6
34	15	15	12	6	6
35	15	15	12	6	6
36	15	15	12	6	6
37	15	15	12	6	6
38	15	15	12	6	6
39	15	15	12	6	6
40	15	15	12	6	6
41	15	15	12	6	6
42	15	15	12	6	6
43	15	15	12	6	6
44	15	15	12	6	6
45	15	15	12	6	6
46	15	15	12	6	6
47	15	15	12	6	6
48	15	15	12	6	6
49	15	15	12	6	6
50	15	15	12	6	6
51	15	15	12	6	6
52	15	15	12	6	6
53	15	15	12	6	6
54	15	15	12	6	6
55	15	15	12	6	6
56	15	15	12	6	6
57	15	15	12	6	6
58	15	15	12	6	6
59	15	15	12	6	6
60	15	15	12	6	6
61	15	15	12	6	6
62	15	15	12	6	6
63	15	15	12	6	6
64	15	15	12	6	6
65	15	15	12	6	6
66	15	15	12	6	6
67	15	15	12	6	6
68	15	15	12	6	6
69	15	15	12	6	6
70	15	15	12	6	6
71	15	15	12	6	6
72	15	15	12	6	6
73	15	15	12	6	6
74	15	15	12	6	6
75	15	15	12	6	6
76	15	15	12	6	6
77	15	15	12	6	6
78	15	15	12	6	6
79	15	15	12	6	6
80	15	15	12	6	6
81	15	15	12	6	6
82	15	15	12	6	6
83	15	15	12	6	6
84	15	15	12	6	6
85	15	15	12	6	6
86	15	15	12	6	6
87	15	15	12	6	6
88	15	15	12	6	6
89	15	15	12	6	6
90	15	15	12	6	6
91	15	15	12	6	6
92	15	15	12	6	6
93	15	15	12	6	6
94	15	15	12	6	6
95	15	15	12	6	6
96	15	15	12	6	6
97	15	15	12	6	6
98	15	15	12	6	6
99	15	15	12	6	6
100	15	15	12	6	6

### NOTAS

F = 9

GRUPO MAYOR A LOS 6 AÑOS

Puntuación natural

Apagar factor K

Puntuación corregida



# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Hathaway y J. Chanley McKinley

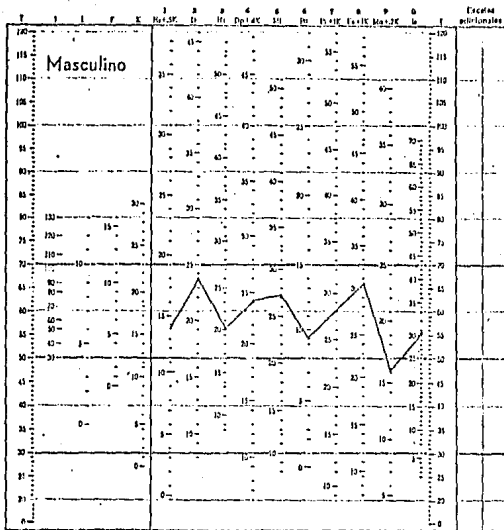
Nombre \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento) 1  
Masculino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Reluido por \_\_\_\_\_



1	2	3	4	5
30	13	72	8	6
19	15	15	6	6
28	11	31	6	6
27	14	73	5	5
26	15	10	5	5
15	15	10	5	5
24	19	10	5	5
23	13	9	5	5
22	11	8	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	5	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	3	3
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	2	2
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	1	1	1
3	2	1	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

## NOTAS

M = 3

GRUPO MAYOR A LOS 6 AÑOS

Puntuación natural \_\_\_\_\_

Agrupar factor K \_\_\_\_\_

Puntuación corregida \_\_\_\_\_



P.R. O. avisa esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

firmas \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_



CAPITULO VIII  
CONCLUSIONES

El propósito fundamental de ésta investigación fué -- buscar la posible existencia de una correlación entre la actitud hacia el enfermo mental y los rasgos de personalidad -- del personal asistencial psiquiátrico de acuerdo al tiempo -- de antigüedad en sus servicios, el cual se dividió en tres -- grupos, como lo hemos mencionado anteriormente.

Los resultados de correlación obtenidos entre los rasgos MMPI y factores del Diferencial Semántico para el grupo menor a 1 año (tabla No. 4) no resultaron significativos, -- por lo que se percibe que existe independencia, el rasgo no influye en la actitud.

Esta misma correlación, rasgos del MMPI y factores del Diferencial Semántico (tabla No: 5) pero para el grupo entre 1 y 6 años, presenta una correlación en la escala Dp del MMPI -- con el factor Potencia de la escala de actitudes del Diferencial Semántico; lo que significa que el sentimiento de haberse afectado por el trabajo realizado o contacto con éste tipo de enfermos genera como defensa presumiblemente una actitud de rebeldía, hostigamiento, colindante con las características clínicas de tipo psicopático.

Porque a través de la historia está muy subrayado esta característica en los enfermos mentales, esto puede ayudarnos a comprender en un momento dado la actuación del personal con conductas o actitudes hostiles tantas veces narrado en la historia de la atención hacia el enfermo mental, no justificable pero sí con una intención explicativa.

Una pregunta que salta a la vista ante las afirmaciones anteriores es ¿por qué esta característica se presenta en la muestra de edad entre 1 y 6 años y no en el grupo menor a un año y en el tiempo mayor a los 6 años?. Puede haber varios factores que intervengan para que éste fenómeno no se observe en los trabajadores de los grupos menor a 1 año y el grupo mayor a los 6 años.

Como una de mil probabilidades que podemos explorar estadística en función de que durante el primer año de trabajo no hay una suficiente y clara percepción del rol de actuación por parte del trabajador y del paciente mismo; y en el grupo mayor a los 6 años se ha logrado una mayor claridad de actuación madurando el rol ante el enfermo mental y de éste para el trabajador. Significando esto más adelante por los resultados obtenidos entre correlación entre grupos si encontramos constancias en todos ellos en la aparición de ansiedad, conflicto y otras situaciones que permanecen presentes en todos los encuestados.

En el grupo mayor a los 6 años, los resultados obtenidos de correlación entre rasgos MMPI y factores del Diferencial Semántico (tabla No. 6) no se aprecia correlación significativa, es decir, los rasgos son independientes, el rasgo no influye en su actitud, no existe relación entre variables.

De la misma manera se buscaron las comparaciones entre los grupos.

En los resultados obtenidos correspondientes a los rasgos del MMPI y sus comparaciones entre grupos (tabla No. 7) no existió diferencia significativa.

Para los rasgos del Thurstone y sus comparaciones entre grupos (tabla No. 8) no existió diferencia significativa.

En la escala de actitudes del diferencial semántico (tabla No. 9) tampoco existió diferencia significativa entre los grupos.

En las comparaciones entre grupos de los 17 factores de Bender (tabla No. 10) se encontraron dos diferencias significativas en  $HB_{11}$  (regresión) y  $HB_{17}$  (repaso de la figura total) observando como características en el asistente la presencia de un alto grado de ansiedad y conflictos presentes.

En los resultados obtenidos en la correlación MMPI y Bender del grupo menor a 1 año (tabla No. 11) aparecen algunos valores en los cuales la correlación es significativa:

Con el factor 2 de Bender (posición del primer dibujo) y la escala Mf del MMPI.

Factor 9 de Bender (cambio de angulación) con la escala Pa--del MMPI.

Factor 13 de Bender (Fragmentación) con la escala Hs,Hi y Dp del MMPI.

Factor 14 de Bender (dificultad de superposición) con la escala Pa del MMPI

Para explicar dichas correlaciones podemos basarnos en la dinámica de la personalidad analizada por el test de Bender, - independientemente que para su calificación se tomó en cuenta el criterio de Hutt en sus escalas del 9 al 10, hay probabilidad de un análisis dinámico.

En las correlaciones pertenecientes a éste grupo se - encontraron características de temerosidad, actitudes y conductas dominantes y competitivas, introyección de la agresividad y dificultad para controlar los impulsos, temor a la - posible fragmentación o desorganización de su ego o yo en su personalidad, surgimiento de defensas rígidas y defensivas - (neuróticas) como un medio de resolver conflictos difíciles - o evitar responsabilidades debido a que el ambiente hospitalario en que se desenvuelven los asistentes psiquiátricos es propicio para desencadenar temores e inseguridades en su per

sonalidad como consecuencia de manifestar su desacuerdo con el medio.

En los resultados obtenidos en la correlación MMPI Y Bender del grupo entre 1 y 6 años (tabla No. 12) aparecen también - aparecen también algunos valores significativos en la correlación:

Con el factor 3 de Bender (uso del espacio) se correlaciona con las escalas Dp, Pt, Es e Is del MMPI.

El factor 4 de Bender (colisión) con la escala Hi del MMPI.

Factor 5 de Bender (rotación de la hoja) con la escala D del MMPI.

Factor 7 de Bender (dificultad de cruzamiento) con la escala Hs del MMPI.

Factor 12 de Bender (simplificación) con la escala Is del MMPI.

Factor 13 del Bender (Fragmentación) con las escalas Pa y Ma del MMPI.

Factor 14 de Bender (dificultad de superposición) con la escala Is del MMPI.

Factor 15 y 17 de Bender (elaboración y repaso de la figura total) con las 10 escalas del MMPI.

En las correlaciones pertenecientes a éste grupo, se encontraron características en el personal asistencial como-

son: la captación de desajustes de tipo emocional relacionado con conductas hostiles, tendencias masoquistas, hostilidad reprimida, conductas introversas, extroversas y afirmativas, extrema pasividad y tendencias esquizoides, son llevados a ellas por su misma angustia, inseguridad, desconfianza y preocupación obsesiva con temerosidad. Se les dificulta mantener relaciones interpersonales adecuadas y temor a éstas, actitudes extremadamente autocríticas ya que el medio ambiente en el que se desenvuelven no lo sienten consistentemente.

En los resultados obtenidos en la correlación MMPI y Bender del grupo mayor a los 6 años (tabla No. 13) encontramos valores significativos en la correlación:

El factor 1 de Bender (secuencia) con la escala Hi del MMPI.  
Factor 3 de Bender (uso del espacio) con la escala Hs del MMPI.

factor 5 de Bender (rotación de la hoja) con las escalas Hs, Dp, Pa, Es y Ma del MMPI.

Factor 6 de Bender (dificultad en el cierre) con las escalas Hs, Hi, Dp, Es y Ma del MMPI.

Factor 3 de Bender (dificultad en la curvatura) con las escalas Dp, Mf, Pa y Ma del MMPI.

Factor 13 de Bender (Fragmentación) con la escala Mf del MMPI.

Las características del personal asistencial que se encontraron en las correlaciones pertenecientes a éste grupo son las siguientes:

Se capta ansiedad latente, indecisión, excesiva rigidez y -- sentimientos ocultos de inseguridad, baja tolerancia a la -- frustración, sus sentimientos hostiles son más bien abiertos al medio actuando de acuerdo a su manera, se les dificulta -- mantener una relación interpersonal adecuada sintiendo temor a éstas, se capta hipersensibilidad en sus respuestas emocio -- nales con temor a sufrir alguna perturbación en el funciona -- miento yoico.

Para analizar los rasgos predominantes en el personal de acuerdo a los tres grupos, se utilizó el MMPI llevándose a cabo por medio de una sumatoria que nos indica la predominancia del rasgo característico.

Quiero hacer notar como limitantes de ésta investigación el tipo de muestra escogida, pudiendo existir error ya que la muestra es pequeña y al separar los grupos en masculino y fe -- menino en algunos grupos quedaron escasos elementos, no sien -- do la muestra por grupos homogénea.

El personal asistencial psiquiátrico sobre todo mascu -- lino en el primer año de trabajo presenta rasgos depresivos, éste puede obedecer a sentimientos de culpa que se experimen --

tan en todo individuo que tempranamente tienen contacto con enfermos mentales ante la dualidad, sentirse obligado a actuar como "agente terapéutico" o de cambio y verse incapacitado ante la obligación de hacerlo por su rol de "agente terapéutico" y además reaviva sentimientos de culpa colectivos de un sentir colectivo como responsables de la enajenación de miembros de la comunidad donde está él incerto. Todo éste proceso se realiza a nivel inconsciente, siendo un proceso intrapsíquico del análisis inconsciente.

En el grupo entre 1 y 6 años, cede la depresión y --- emergen rasgos de aislamiento, esquizoides con dificultad para relacionarse con las personas; esto se traduce en un distanciamiento que les lleva presumiblemente a replantearse su propia actuación ante la vida, re-asegurándose su integridad a través de ésta conducta.

En el grupo mayor a los 6 años, se combinan rasgos de presivos y esquizoides en el perfil masculino; continúan avivando los sentimientos de culpa y el distanciamiento o evitación al contacto.

Aunque nuestro análisis no es tan concluyente por ser una muestra tan chica, es muy aventurado encontrar también -



los factores característicos que intervienen y puedan generar ese rasgo para su trabajo, nos damos cuenta de que existen muchas otras variables que probablemente intervengan o puedan intervenir o que dichas características en los encuestados hubieran estado presentes aún antes de trabajar en esta institución.

Para analizar e interpretar el proceso que pudiera -- obedecer al comportamiento en su actitud del personal asistencial psiquiátrico hacia el enfermo mental, me he basado en el análisis psicométrico además de las observaciones clínicas que sobre mi experiencia en el diario recorrer de una vida hospitalaria me ayudaron a integrar la dinámica de su personalidad.

El personal asistencial psiquiátrico femenino en el primer año de trabajo se encuentra dentro de lo normal, presentando estabilidad en sus rasgos.

En el grupo entre 1 y 6 años, manifiestan en grado -- una elevación en los rasgos esquizoides, traducándose en -- una sensación de evitación y distanciamiento por el contacto con el enfermo mental, éste es debido a su inseguridad y temor a la posibilidad de poder desorganizarse emocionalmente.

Ambos rasgos, esquizoides aparecen elevados en los grupos entre 1 y 6 años (masculino y femenino)

En el grupo mayor a los 6 años surge un aumento o elevación en la escala Mf (masculino-femenino) porque dado el trabajo que se desempeña y su tipo de rutina la hace adoptar un rol más masculino en donde impera las características de actuación que representan masculinidad, ser temerarias, competitivas y agresivas.

Es necesario efectuar cambios en la forma de ayudar-- al personal asistencial a lograr resultados más efectivos en su actuación con el paciente enfermo mental.

Se sugiere otro estudio a nivel de seguimiento.

Que todo empleado que solicite tal empleo sea encuestado por una batería de test (podría ser la utilizada en ésta investigación) re-test al año y luego a los 6 años y después a los-10 para tener una mayor claridad en los resultados obtenidos hasta aquí comprobados por mí.

Sería de naturaleza importante para la formación del- personal asistencial, la impartición de cursos para una ma--yor capacitación ofreciendo verdadero conocimiento acerca de su trabajo y la importancia que tiene de ellos que el paciente se sienta apoyado y protegido en su estancia de recuperación hospitalaria, aquí vemos que la concientización es muy- importante.

Efectuar evaluaciones periódicas que permitan conocer y apreciar el desenvolvimiento en su ejercicio de labores -- con apoyo a los cursos impartidos, creando una seguridad en- el personal y lograr la percepción del medio más adecuado y- seguro.

Es importante señalar que ante las limitaciones que tienen (personal asistencial) sientan un apoyo en sus compañeros que por su desarrollo profesional y técnico tengan mayores instrumentos de aplicación para la atención de enfermos mentales, médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, a su vez éstos no fomenten sentimientos de inadecuación e incompetencia pues ésto traería consigo una rivalidad y choques entre ambos tipos de trabajador aumentando más los conflictos de éstos pudiendo ser factible su proyección en la atención de los enfermos.

Es importante que todas las instituciones llevaran a cabo una evaluación y análisis de la actuación del personal en beneficio de la institución propia y se preocupen un poco más por sus empleados que directa o indirectamente benefician la atención al enfermo considerando que con ésto se cubre o analice la dimensión en la atención psiquiátrica que manifiesta una actuación madura de la institución, pues se detiene figurativamente y se dispone a realizar un análisis introspectivo que en similitud con la evaluación de un sujeto pueden aparecer resistencias o aspectos transferenciales que en su análisis mucho aportarán a ésta evaluación emprendida y que indudablemente podrán producir dolor o ansiedad, no siempre éstos sinónimos de degradación o enfermedad sino-

considerandos como elementos que disponen una necesidad de -  
cambio que llevan a un desarrollo, crecimiento y madurez co-  
mo institución, siendo a fin de cuentas la meta que se debe  
aspirar por todo ser humano en la vida.

## B I B L I O G R A F I A

BENDER LAURETTA. Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas (B.G.). Editorial Paidós, Buenos Aires Barcelona.

CUELI José, Reidl Lucy. Teorías de la Personalidad. Editorial Trillas, Séptima Reimpresión, México 1979.

DIAZ Guerrero Rogelio, Salas Miguel. El Diferencial Semántico del Idioma Español. Editorial Trillas, Primera Edición, México 1975.

ENTRALGO Lain. Historia Universal de la Medicina. Tomo VI, - Salvat Editores, Barcelona España 1976.

FONAPAS. Zapopan, Jalisco

FOUCAULT Michel. Historia de la locura en la época clásica. Brevarios. Segunda edición, Fondo de Cultura Económica, México 1976.

FREEDMAN M. Alfred, Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamín.

Tratado de Psiquiatría. Tomo II, Salvat Editores S.A. Barcelona España.

HATHAWAY S.R., Mc Kinley J.C. Inventario Multifásico de la -  
Personalidad (MMPI) - Español - Forma R (Manual), Editorial,  
Manual Moderno, Segunda Edición, México 1981.

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS. Información y noticias.

Julio - Agosto - Septiembre 1981, Barcelona España, Año X.

Núm. 70.

HUTT Max. L. La Adaptación Hutt del Test Gestáltico de Bender Editorial Guadalupe, Buenos Aires 1975.

JOYLE Mc Keachie. Psicología. Fondo de Cultura Interamericana S.A., México 1978.

KEPLINGER Fred N. Investigación del Comportamiento. Técnicas  
y Metodología. Nueva editorial Interamericana, Segunda edición, México 1982.

KLINEBERG Otto. Psicología Social. Biblioteca de Psicología-  
y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica, México 1963.

MUNNE Federico. Psicología Social. Biblioteca Básica de Psicología, Primera edición, Ediciones CEAC, Barcelona España, 1980.

NARVAEZ Calderón Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque de la Psiquiatría. Primera Edición, Editorial Trillas, México 1981.

NUSEZ Rafael. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. Editorial El Manual Moderno, Segunda edición, México 1979.

SUMMERS. Medición de Actitudes. Editorial, Trillas, México.

THUILLIER Jean Dr. El Nuevo Rostro de la Locura. Editorial Planeta, Primera Edición, Barcelona España, 1981.

THURSTONE L.L. Inventario de Rasgos Temperamentales. Manual de Thurstone, Ediciones Pedagógicas Latino Americanas.





Copitec S.A.

Chapultepec

AV. CHAPULTEPEC SUR 129

TELS. 26-25-61 Y 25-53-16

GUADALAJARA, JAL.

TESIS \* INFORMES \* MEMORIAS \* TESIS \* COPIAS  
TRANSCRIPCIONES IBM \* REDUCCIONES EN  
ALBANESE Y BOND \* COPIAS A CUALQUIER  
TAMAÑO Y EN COLOR \* HELIOGRAFICAS \*  
MADUROS \* POLIESTERS \* IMPRESION DE FORMAS  
Y PASTAS \* OFFSET \* ENCUADERNADO \*  
ENGARGOLADO \* REFILADO \* MIMEOGRAFO \*  
CRABADO DE ESTENCILES \* REVELADO DE ROLLOS  
SISTEMAS XEROX  
SERVICIO A DOMICILIO \* CREDITO \* BANCOTARJETAS