

11241
2 ej 25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

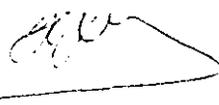
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

BUSQUEDA DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN COMUN, ENTRE LOS SUJETOS
QUE CONFORMAN GRUPOS DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS MEDICAS,
A TRAVES DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

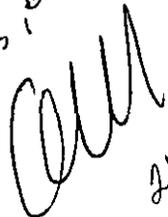
TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA

EN PSIQUIATRIA, QUE PRESENTA:

DRA. JOSEFA G. MARTINEZ MARTINEZ

TUTOR: Dr. Héctor A. Ortega Soto. 

Asesora: Lic. Maria Jurado. 

U. B.

24-11-89

FEBRERO/1989.


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

- A) INTRODUCCION.
- B) ANTECEDENTES.
- C) MARCO TEORICO.
- D) DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS.
- E) RESULTADOS:
 - Análisis Estadístico.
 - Análisis Cualitativo.

- F) DISCUSION DE RESULTADOS.
- G) CONCLUSIONES GENERALES.
- H) BIBLIOGRAFIA.
- I) APENDICES.

INTRODUCCION

De las técnicas de selección psicológica, se han empleado en diferentes ámbitos, siendo más usuales en la industria, de donde surgen, sin embargo su uso se ha ampliado a otros ámbitos, en los cuales, por su novedad, no se ha logrado el avance técnico deseable.

En el caso de la selección de médicos aspirantes a diferentes especialidades, donde el avance técnico es incipiente, sigue todo un proceso de selección, sin embargo, no se tienen perfiles ideales, en cuanto a coeficiente intelectual, rasgos de personalidad, habilidades, aptitudes e intereses.

El aspecto de personalidad es uno de los básicos dentro de tal perfil mencionado, ya que si se tuviera éste, se podrían correlacionar las características de los aspirantes con los aspectos de las especialidades, es decir, ver en que se complementan.

Bajo este planteamiento general se han hecho investigaciones en diversos ámbitos, utilizando para tales fines, por lo general pruebas psicológicas que midan personalidad, sin embargo, el uso de una(s) u otra(s), de ellas depende de los objetivos de la investigación, es decir que tanto coinciden por un lado, las características de las pruebas y por otro, los objetivos de la investigación; dentro de este aspecto, se haya el de la confiabilidad que tienen los datos arrojados por la prueba para las generalizaciones que se hagan.

Una prueba que permite un alto grado de confiabilidad de los datos, es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, y esto se debe a que sus resultados son cuantificables, cuantitativa y cualitativamente hablando, lo cual permite, de manera muy espe-

cial, hacer comparaciones intra e intergrupos, situación que es el interés de la presente investigación, es decir, se pretende investigar la coexistencia de rasgos de personalidad entre los sujetos que constituyen un grupo de aspirantes a una misma especialidad médica.

-ANTECEDENTES

Cuando, en 1939, los autores del MMPI comenzaron la investigación que condujo al desarrollo del Inventario, no podían haber previsto el interés que iba a suscitar el resultado de sus trabajos.

En 1969, en una labor que bien puede ser considerada como única en su género, en México, el Dr. Carlos Pucheo Regis y sus colaboradores, elaboraban todo un ambicioso programa de prevención de las enfermedades mentales, con base en el empleo del MMPI.

El carácter más nuevo de su enfoque radica que apunta a dar el diagnóstico precoz de la enfermedad mental, descubriéndola antes de que se manifiesta más gravemente desde el punto de vista clínico.

En ese trabajo, expuesto en el V Congreso Mundial de Psiquiatría (México, 1971), se hace mención de los siguiente (1).

La Facultad de Medicina de la UNAM tiene entre sus funciones el promover la salud mental entre los estudiantes. Se requiere el empleo de un método que abarque un gran número de población. Con ello se puede procurar un tratamiento breve a los alumnos con un buen pronóstico y a otros, más graves, proporcionarles un tratamiento intensivo.

Basándose en los lineamientos dados por Núñez (Aplicación del MMPI a la Psicopatología. El Manual Moderno S.A., México D.F. 1968), elaboran lo que llaman al SISTEMA DETECTOR DE PSICOPATOLOGIA (SDP).

Se establecen en el SDP 4 grados de psicopatología, forman

do el grado 1 los más altamente sospechosos y el 4 los más relativamente equilibrados. Los grados 2 y 3 ubican a los intermedio.

A la identificación de "sospechosos" se le llama parte cuantitativa del SDP.

Al establecimiento del diagnóstico precoz (interpretación de de la clave del perfil), se le llama parte cualitativa del SDP. Ambas partes se han programado a una computadora.

Esto arroja datos de estudio acerca de la psicopatología de una población dada.

A nivel individual permite llamar al sujeto a entrevista con algún psiquiatra del programa para ratificar o rectificar la expectativa original proporcionada por el SDP.

El costo se redujo en esta forma de un modo notable y da bases para comenzar un trabajo terapéutico más definido con los alumnos.

En cuanto a material y métodos, la población estudiada fueron alumnos que en 1969 ingresaron a la Facultad de Medicina de la UNAM. Fueron voluntarios, 1531 (84% del alumnado), de los cuales fueron 1183 masculinos y 384 femeninos. Edades entre 17 y 34 años, con un promedio de 19 años.

La aplicación de la prueba fue colectiva en grupos de 80 alumnos en dos o tres sesiones estando una psicóloga presente.

En cuanto a la parte cualitativa del proceso de calificación, concluyen Pucheu y colaboradores:

Todas las escalas sobrepasaron T 50, en especial las 2 y

8 para ambos sexos, y la 4 en el femenino.

Surge la duda de si esta elevación es reflejo de problemas de salud mental o se debe a patrones culturales, o a una combinación de ambos.

En cuanto a la parte cuantitativa del proceso de calificación, Pucheu y colaboradores concluyen:

Se normalizó la población a T 50 en cada escala. Ocho psicólogas, en base a los conceptos vertidos en los Atlas por Hathaway, Mc Kinley, Drake, Oetting, Dahlstrom y Núñez, elaboran las normas de calificación para hacer la clasificación en los 4 grupos mencionados con anterioridad.

Se crean así 4 normas para distinguir a los cuatro grupos entre ellos. Dichas normas fueron programadas a la computadora.

Se elaboraron también varias normas para la clasificación de los perfiles y su fundamentación teórica:

Norma de validez: al menos uno de los requisitos siguientes:

- a) F igual o menor a 10 bruto
- b) Índice de Gough (F-K) igual o menor a 9
- c) Por lo menos una escala clínica entre T 45 y T 55

Norma I: (para diferenciar el grado 1 del 2):

- a) cualquier escala (excepto la 5) superior a 80 T
- b) por lo menos cuatro escalas clínicas mayores a T 70 (excepto la escala 5).

Norma II: (para diferenciar el grado 2 del 3):

- a) Escalas 2, 4, 6 u 8 mayores a T 70 seguida en combinación por cualquier otra (excepto la 5) superior a T 65.
- b) Escalas 1, 2 ó 3 mayor a T 70, y que cualquiera de las mismas le siga en combinación con elevación mayor a T 65.
- c) Que con una escala en T 70 y otra en T 65 se encuentre alguna de las combinaciones siguientes: 74, 76, 78, 72, 94, 92 ó 90.
- d) Alguna de las escalas clínicas sea mayor a T 70 y cualquier otra (excepto la 5) sea menor a T 30.

Norma III: (para diferenciar el grado 3 del 4):

- a) Que alguna de las escalas 2, 4, 6, 7 u 8 sea igual o menor que T 70 y la escala que le siga (cualquiera) sea igual o menor a T 60.
- b) Que las escalas 3, 7, 8 ó 1, al menos dos de ellas sean iguales o menores a T 40 y la 6 igual o menor a T 40.
- c) Que la escala 5 para hombres sea igual o menor a T 40.
Que la escala 5 para mujeres sea igual o menor a T 80.

Obtuvieron los siguientes resultados:

Hombres:

Grado 1 68'3-9; FLK
Grado 2 82-9; FLK
Grado 3 -94; LFK
Grado 4 5; LFK

Mujeres:

Grado 1 638-50; FKL
Grado 2 21346-5; FLK
Grado 3 50-3; LFK
Grado 4 5; LFK

Mientras que con las normas de Minnesota alrededor del 40% de la población se ubica en los grados más graves de psicopatología, con el SDP sólo alrededor del 11% entra en dicha clasificación.

En la discusión y conclusiones apuntan Pucheu y colaboradores: El MMPI puede ser calificado por computadora, antes de iniciar la actividad psiquiátrica preventiva.

Concluyen que el estudio es aún limitado y que debe ser el clínico quien en última instancia, auxiliado por otros elementos diagnósticos, rectifique la detección oportuna.

Los resultados prácticos han sido muy buenos, se insiste en normalizar a la población y en que en el futuro las normas para clasificación han de ser afinadas.

"Desde otro punto de vista, en 1969, Sánchez Nieto y cols., investigaron sobre las correlaciones entre preferencias vocacionales y rasgos neuróticos y psicopáticos en universitarios españoles" (2).

La muestra fue de 1196 estudiantes masculinos, con al menos 3 años universitarios cursados con éxito.

Que al estudiar las correlaciones entre las escalas 1, 2, 3, y 4 del MMPI con las escalas de preferencias vocacionales de Kuder, se observó los siguiente:

- Hay correlaciones negativas y significativas al 5 por 100 entre la escala Dp del MMPI y las de Intereses Mecánicos y de Cálculo del Kuder.
- Hay correlaciones positivas, significativas al nivel del 5 por cien

to entre la escala 1 del MMPI y los intereses musicales.

Aunque las intercorrelaciones encontradas son bajas, el hecho de ser significativas en unos casos y la constancia en la dirección negativa o positiva respecto a los intereses que señalamos en otros, creemos que tienen el suficiente valor para pensar en la existencia de un entrecruzamiento entre las escalas estudiadas.

Indican Sánchez Nieto y cols., que se han hecho estudios de las mismas escalas en estudiantes norteamericanos.

Con respecto al punto anterior concluyen que puede observarse un cierto paralelismo con sus propios resultados, siendo casi total la coincidencia en algunas escalas (intereses artísticos, literarios, musicales, entre las positivas y cálculo y científico entre las negativas).

Al hablar de la significación de diferencias entre intereses entre sujetos universitarios con tendencia neurótica o psicopática y población general universitaria, Sánchez Nieto y cols., indica que se compararon las medidas del grupo con tendencia al desajuste con las del grupo normal, y que de dicha comparación se concluye:

- Hay diferencias significativas negativas entre las medias alcanzadas por los sujetos del grupo con tendencia neurótica o psicopática y los alcanzados por la población general de tipo mecánico; 3 y 4 con actividades al aire libre y 3 con los intereses de cálculo y científicos.
- Las medias alcanzadas por el grupo "desajustado" son significativamente más bajas que en el grupo de población general.

- Hay diferencias significativas positivas entre medias en las siguientes escalas: 1, 2, 3 y 4 con intereses burocráticos; 1 y 3 con los intereses musicales; 3 con los intereses literarios; 1 con los intereses artísticos.

La conclusión general a la que llegan es que:

" Existe relación entre neuroticismo y psicopatía e intereses en la población estudiada" (2).

" En 1976, Ofelia Rivero, Irma Ampudia y cols., enfocan el MMPI como instrumento para la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. Ellos exponen": (3)

Que se trata del mismo trabajo -en lo básico- de Pucheu y cols. (2) ya citado. Sólo agrega 2 puntos importantes:

- 1) Que el MMPI es un excelente instrumento en la detección precoz de patología, que permite enfocar los esfuerzos de una institución en una forma más eficaz.
- 2) Que es necesario realizar un proceso de normalización estadística, previo a la valoración clínica de un grupo, el utilizarse el MMPI.

" En 1978 se lleva a cabo una investigación (que los autores citados -Pucheu y cols. y Rivero y cols.- habían ya sugerido) en torno a la interpretación automatizada del MMPI para estudiantes universitarios. En dicho trabajo se expone": (4).

El reporte automatizado se ha hecho con el fin de ahorrar

tiempo y obtener más confiabilidad en la interpretación, dado que ésta se hace en base a datos uniformes.

Con todo, el método automatizado requiere ser tomado sólo como base que debe ser completada por un psicólogo clínico bien adiestrado.

En cuanto al procedimiento, se usó la versión larga y se obtuvieron las respuestas por medio de tarjetas IBM perforadas, que se procesaron en el Centro de Cómputo de la UNAM.

La computadora se programó con los datos resultantes del trabajo de Pucheu y cols. (2).

Se hizo un reporte de interpretación en base a diversos criterios tanto para las escalas de control L F y K como para las escalas clínicas.

Concluyen Rivero y cols. que con este plan para la interpretación automatizada del MMPI se ofrece un sistema estable a seguir, y se ofrecen más elementos para la interpretación de tipo clínico.

Actualmente -dice el reporte- se trabaja en dos puntos:

- a) Validación de las frases que se imprimirán como interpretación para las combinaciones de L K y F.
- b) Elaboración de las frases que se imprimirán para cada posibilidad de combinación de las escalas clínicas.

"En 1979, Ofelia Rivero y Luis Monzón llevan a cabo una investigación acerca de la validez estadística y la validación de las reglas expuestas de detección de aptología. Exponen lo que sigue": (5)

Que la necesidad de técnicas psicológicas adecuadas para la detección de psicopatología en estudiantes universitarios ha dado como resultado el uso del MMPI Y la clasificación en 5 grados diferentes de psicopatología.

El estudio ya ha tomado en cuenta la estandarización necesaria. Del reporte antes citado (6) de los mismos Rivero y Monzón, se obtienen ahora dos conclusiones:

- a) El MMPI es un instrumento adecuado de detección de formas severas de patología en un grupo, lo que ayuda a encaminar los esfuerzos de la institución promotora de salud mental.
- b) Es necesario establecer un proceso de normalización estadística. El trabajo pretende llevar este punto a la práctica.

En cuanto a los resultados y conclusiones apuntan:

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos 1 - 2 y 2 - 3. Las diferencias entre los grados 3 -4 no fueron significativas.

Se puede decir que son válidas las reglas para diferenciar entre los grupos 1 -2 y 2 - 3.

Deben ser revisadas las reglas para diferenciar entre los grados 3 y 4 puesto que no se encontró ninguna diferencia significativa. Los perfiles comprendidos entre T 59 y T 45 serían clasificados como grado 4.

Ante el II Congreso Mexicano de Psicología, en noviembre

23 a 29 de 1977, la psicóloga Jasette Benavides presenta una investigación de la personalidad del estudiante de psicología de la UNAM a través del MMPI. Ahí se expone:

Es preciso formar psicólogos idóneos, en especial los psicólogos clínicos, que debieran ser personas estables, con un conocimiento propio de virtudes y defectos.

Se sabe que algunos que eligen la carrera de psicología lo hacen motivados por el deseo de resolver su problemática personal.

Al respecto, se hace referencia a la tesis profesional de Pablo Reyes (6), que examinaremos más adelante.

Se pretende no sólo la detección de psicopatología, sino la realización de una labor preventiva y de promoción de salud mental.

Se insiste en la necesidad de aplicar un programa de detección precoz y se hace referencia a la investigación de Pucheu y cols.

Se señalan como logros, el poder establecer:

- La psicopatología expresada en grado de la población estudiada.
- La predictibilidad del éxito o fracaso académicos.
- La prevención de la deserción escolar.
- La ayuda adecuada en la rama vocacional.
- La formación del psicólogo clínico.
- La observación del proceso evolutivo del futuro profesionalista.

Los sujetos fueron voluntarios, estudiantes del último semes-
 tres del área de psicología clínica, en la Facultad de Psicología de la
 UNAM. Fueron 52 sujetos femeninos y 23 masculinos.

Los perfiles obtenidos fueron:

Femenino: 49-28356701/; KFL/.

Masculino: 5249837160/; KFL/.

Es de notar que no hay coincidencia con los perfiles obteni-
 dos en la Facultad de Medicina, lo que me lleva a plantear la posibili-
 dad de que cada población y cada subgrupo dentro de ella tenga su pro-
 pio perfil característico; dado que el perfil del psicólogo difiere del
 "perfil del médico", podría investigarse si cada área de selección pro-
 fesional en Preparatoria, tendría su propio "perfil".

En 1977, Pablo Reyes expone en su tesis lo siguiente: (6)

Menciona que la UNAM ha presentado diferentes opciones de
 ayuda al estudiante que así lo requiera. Entre otras, la Oficina de
 Consulta Individual de la Dirección General de Orientación Vocacional.

Se trató de explicar la desorientación vocacional como posi-
 ble resultado, en algunas ocasiones, de problemática emocional, recu-
 rriendo al método de detección temprana de psicopatología ideado por
 Pucheu y cols. (1).

En cuanto a métodos y técnicas, expone Reyes lo que sigue:

- Que el objetivo es investigar la utilidad del MMPI en la
 Orientación vocacional.

- **Hipótesis: H₁:** la desorientación vocacional es, en muchos casos, una señal de problemática emocional.

H₀: no se encuentra alteración emocional específica en los casos de desorientación vocacional.

Obtiene Reyes las conclusiones que siguen:

Es manifiesta la utilidad del MMPI en la detección de patología en los casos de desorientación vocacional.

Se propone como posible extrapolar los baremos del estudio al nivel medio superior y superior en el área metropolitana, tomando en cuenta la desviación estándar de cada grupo y lo relativo de los datos mientras se investigan y corroboran los resultados.

Queda justificado el empleo del MMPI en la Orientación Vocacional, dado que puede discriminar entre los diferentes tipos de alteración emocional y permite realizar un diagnóstico-pronóstico tentativo, que, acompañado del análisis de datos y una entrevista adecuada por parte del psicólogo, permiten asesorar convenientemente al estudiante y realizar una labor preventiva.

Se trata de buscar el desarrollo del individuo, y, por lo tanto, de su comunidad.

En otros campos profesionales diferentes a los del área en salud mental, existe:

"El estudio de un Grupo de Artistas mexicanos por medio de la utilización del M.M.P.I., fue llevado a cabo por Espejel-Aco E. (1972), planteándose como objetivo el determinar si existen rasgos de personalidad característicos en los músicos y en los no músicos; considerados ambos como trabajadores activos en un ambiente de tipo industrial.

La conclusión a la que llegó Espejel E., fue que si existen diferencias significativas en algunas escalas del M.M.P.I. entre el grupo experimental y el grupo control; siendo las escalas F, 8(Es) y 0 (Si) las de más relevancia entre los músicos, lo cual los define como personas con adecuada adaptación psicológica, creativos, con tendencia a la introversión, carecen de presencia social ya que se muestran inadecuados e incómodos cuando se encuentran en una situación social" (7).

- En relación a estudios que han seguido enfoques diferentes que al encontrar psicopatología en estudiantes universitarios, como se ha descrito hasta aquí, Terrés Speziale E. y Zúñiga Vázquez M.G. (1976) realizaron dentro del área de la somatización, un estudio en el que trataron de delimitar si existía una mayor tendencia a somatizar en los estudiantes de la carrera de Medicina a medida que sus conocimientos en la profesión aumentaban. Para ello estudiaron a dos muestras de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., de la generación 1971-1976. La primera muestra estuvo integrada por 75 estudiantes de 9o. semestre,

que se encontraban haciendo su internado en los hospitales del ISSSTE. 23 pertenecían al sexo femenino y 52 al sexo masculino, con una edad promedio de 18 años cuando cursaban el priemr semestre de la carrera y todos se encontraban solteros. En 9o semestre el promedio de edad de estos sujetos fue de 21 años para las mujeres y de 23 años para los hom**br**es, de los cuales cinco se encontraban casados.

La segunda muestra estuvo formada por 48 sujetos; 18 de sexo femenino y 30 de sexo masculino; todos estaban realizando su internado en los hospitales del ISSSTE. Cuando cursaban el primer semestre de Medicina, estos sujetos tenían una edad promedio de 19 años las mu**je**res y 18 los hombres. Al encontrarse estudiando el 9o. semestre de Me**di**cina, la edad promedio fue de 22 años tanto para los hombres como pa**ra** las mujeres; todos se encontraban solteros a excepción de 2 perso**na**s que eran casadas.

Las conclusiones a las que llegaron Terrés E. y Zúñiga M.G. fueron:

- a) Que existe mayor tendencia a la somatización en los estudiantes de Medicina (escala 1 (Hs)), cuando van a ingresar al internado (9o. semestre), que cuando se encontraban iniciando la carrera, manifestan**do** reacciones de tipo hipocondríaco.
- b) El perfil del MMPI de las mujeres estudiantes de 1er. semestre de Medicina msotró elevaciones dentro de la zona de normalidad, excep**to** las escalas 8(Es) y 4(Dp) que obtuvieron un puntaje entre T 60 y T 65 (8).

Ampudia Rueda A., Stillmann Weiss M. y Villanueva Escudero E. (1977) diseñaron una investigación en la que plantearon como objetivo el determinar si existían tendencias a la somatización en los estudiantes de Matemáticas, para lo cual utilizaron el MMPI. Sus resultados los compararon con las conclusiones obtenidas por Terrés E. y Zúñiga MG. (1976) en estudiantes de Medicina.

Para la realización del estudio tomaron una muestra al azar de 52 alumnos de primer semestre y 52 alumnos de 8o. semestre de la Facultad de Ciencias del Area de Matemáticas de la UNAM. La edad promedio del grupo de primer semestre fue de 19 años y la edad promedio del grupo de 8o. semestre fue de 23 años. 26 sujetos de cada grupo eran de sexo masculino y 26 de sexo femenino.

Los autores indican en sus resultados de la investigación, que tanto los alumnos de Matemáticas como de Medicina, al inicio de su carrera, presentan puntajes dentro de la zona de la normalidad en su perfil del MMPI.

Por otra parte, las estudiantes de Matemáticas de 2o. semestre, muestran en su perfil elevaciones en la escala 8(Es) en un puntaje T68, lo cual es índice de dificultad para establecer relaciones interpersonales.

Al comparar los resultados que obtuvieron, Ampudia A., Stillman M. y Villanueva E., con los encontrados por Terrés E. y Zúñiga M. G. (1976), se puso de manifiesto que los estudiantes de la carrera de Matemáticas no tienden a la somatización en ninguno de los dos semestres (2o. y 8o.), puesto que el puntaje de la escala 1 (Hs) se encon-

tró-dentro de la zona de normalidad en ambos grupos; en tanto que en los estudiantes de Medicina existe una mayor tendencia a la somatización cuando ingresan al internado (9o. semestre), que cuando inician su carrera (9).

Madariaga y Guttín E. (1980) llevó a cabo una investigación para tratar de delimitar si existían diferencias significativas en el puntaje promedio de cada una de las escalas del MMPI, tanto entre hombres como mujeres del Area Académica de Ciencias Físico-Matemáticas y Disciplinas Sociales.

La muestra se integró por dos grupos: Grupo A, formado por 56 sujetos de los cuales 51 eran de sexo masculino y 5 de sexo femenino; con una edad que varió de 17 a 27 años; 3 de las personas de sexo masculino eran casadas y el resto del grupo solteros; todos se encontraban estudiando el Area Académica de Ciencias Físico Matemáticas en la escuela Preparatoria No. 5. Grupo B, formado por 61 sujetos: 32 de sexo masculino y 29 de sexo femenino; con una edad que osciló entre los 17 y 30 años; 8 sujetos eran casados y 53 solteros; todos se encontraban estudiando el Area Académica de Disciplinas Sociales en la escuela Preparatoria No. 5. De la muestra total, el 62.5% de los hombres y el 17.24% de las mujeres trabajaban.

Las conclusiones que obtuvo Madariaga E. fueron:

- a) que los sujetos de sexo masculino integrantes de la muestra, presentaron en ambas áreas los mismos rasgos de personalidad, a excepción de las escalas L.F. 4(Dp) y 6(Pa), en las cuales el grupo de Disciplinas Sociales obtuvo puntajes más elevados, lo que caracte

riza a los estudiantes de Disciplinas Sociales como sujetos perceptivos, confiados en sí mismos, con adecuada adaptación psicológica pero con algunas reacciones emotivas acentuadas, inconformes, sensibles. Los estudiantes del Área Físico-Matemáticas se distinguen por el adecuado control de sí mismos, moralistas, un poco ingeniosos, sociables, tienden a presentar cierta falta de control, se dan cuenta de su experiencia y sentimientos internos, con poca tendencia a proyectar la culpa de sus dificultades a otras gentes.

- b) el grupo de sujetos de sexo femenino presentó en ambas Áreas los mismo rasgos característicos de personalidad, a excepción de las escalas K, 6(Pa) y 8(Es), en las cuales las mujeres del Área de Disciplinas Sociales puntuaron más altos, lo que las muestra como personas que manifiestan una conducta pasivo-agresiva ante figuras de autoridad, desconfiadas e hipersensibles, con conducta creativa, inventiva original, poco talento social. Las estudiantes del Área de Físico-Matemáticas son descritas como defensivas, que utilizan evasiones definidas con el fin de aparecer bien, se dan cuenta de su experiencia y sentimientos internos, tratan de aparentar estar libres de restricciones sociales (10).

Toledo Olascoaga R. y Varela F.M. (1981), realizaron una exploración de las características de personalidad de los estudiantes que ingresan a la carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Plantel Zaragoza. Para la ejecución de su trabajo tomaron dos muestras al azar del 20% de estudiantes del primer

semestre de las carreras de Psicología y Odontología.

El primer grupo se formó por estudiantes del primer semestre de Psicología, siendo 127 sujetos: 82 mujeres y 45 hombres, estudiantes de los turnos matutino y vespertino; la edad varió de 17 a 32 años, diendo el promedio de edad de 19.5 años en las mujeres y de 20.8 años en los hombres. El 94% de la muestra eran de estado civil casado y el resto solteros. El 29.3% de las mujeres y el 46.7% de los hombres trabajaban.

La segunda muestra fue de 131 alumnos de la escuela de Odontología. No se incluyen en el estudio las características de los sujetos.

El análisis de los datos dieron como conclusión que la población de Psicología presentó elevadas las escalas 2(D), 4 (Dp) y 8 (Es), lo que los presenta como personas individualistas, medianamente deprimidos y preocupados, insatisfechos consigo mismo y con el medio, tienden a intelectualizar sus problemas, sus relaciones interpersonales son distantes y sin afecto por temor a involucrarse emocionalmente.

Se encontraron diferencias de personalidad en los perfiles masculinos y femeninos de los estudiantes de Psicología, siendo las escalas más predominantes en las mujeres la 2(D) y la 8(Es) en un puntaje T65, lo que las muestra como personas inseguras, con sentimientos de minusvalía, lo cual las deprime, con problemas para establecer relaciones interpersonales, apáticas y sumisas.

Además se observaron rasgos diferencias de personalidad entre los estudiantes hombres que trabajaban y estudiantes hombres que

no trabajaban; en tanto que no se encontraron diferencias entre las mu jeres en esta dirección.

Las características de personalidad de los estudiantes de Odontología fueron: las escalas 2(D), 4(Dp) y 8 (Es) en puntaje superior a T70 y la escala 7 (Pt) en puntaje T65, lo que significa que son personas con adaptación psicológica adecuada, evitan responsabilidades extremas, se muestran arrogantes, presumidas, oportunistas, con pobres relaciones interpersonales, siendo rígidas y meticulosas (11).

Rosenber (1957) analizó aspectos de la personalidad en la preferencia vocacional, encontrando que el 43% de los estudiantes que preferían carreras orientadas hacia las personas son consideradas como conformistas. El 24% de ellas son agresivas y alejadas de los demás; mientras que el 32% de las personas que preferían carreras de las que proporcionan gratificación extrínseca son agresivas; el 20% son conformistas y alejadas de los demás. El 30% de los que preferían carreras expresivas se mostraban alejados de los demás y sólo el 14% eran agresivos y conformistas (12).

Hovey (1960) quiso estudiar la relación entre la calidad de prácticas hospitalarias, calificaciones en pruebas finales y perfiles de MMPI. Para lograr ésto, el autor estudió un grupo de 137 enfermeras psiquiátricas en entrenamiento, a las cuales les aplicó el MMPI al ingreso, encontrado que las enfermeras tienden a producir un perfil característico con una elevación predominante en la escala 4(Dp) y ele vaciones secundarias de las escalas 9(Ma) y 3(Hi), siendo personas con facilidad para expresarse oralmente, con participación activa en discu

siones de grupo, confiadas en sí mismas, abiertas y con iniciativa, buenas relaciones interpersonales, cooperadoras y joviales (13).

Stenberg (1955) aplicó el Kuder y el MMPI a 270 alumnos que estudiaban pre-medicina, bioquímica, economía, inglés, historia, matemáticas, música, ciencias políticas y psicología, concluyendo de su investigación que existían diferencias significativas entre los atributos de personalidad de los estudiantes universitarios en diversas áreas, pero que las diferencias no eran de tal magnitud que permitieran predecir los perfiles de personalidad de cada grupo (14).

Estas últimas investigaciones tienen en común el hecho de que incluyen en sus resultados características de personalidad en una determinada profesión.

En 1982 se desarrolló un estudio sobre rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. "Se aplicó el MMPI-168, versión abreviada del original, a un grupo de estudiantes de medicina de posgrado, aspirantes a iniciar sus residencias hospitalarias. Los resultados se analizaron con base en 5 factores previamente establecidos para pacientes psiquiátricos y estudiantes de E.U. Se incluyeron también datos de estudiantes de pregrado de México. Los resultados muestran que en lo general, los estudiantes de posgrado tienen una mejor salud mental psicométrica que los de pregrado" (15).

Hoy sabemos que bajo las ocho rúbricas psicopatológicas elaboradas hace más de 40 años, hay varios subgrupos con características específicas y proporciones psicométricas desconocidas en aquel entonces. Esto pone en duda el valor diagnóstico que tienen en la actualidad las escalas convencionales. De tomarse en consideración estos aspectos, el valor descriptivo del MMPI podría aumentar considerablemente.

Del MMPI-566 original, se han derivado otras versiones cortas que reducen el tiempo requerido para la administración de la prueba. Overall y Gómez-Mont, han demostrado que alrededor del 80% de la información derivable de las escalas convencionales del MMPI-566 está presente en los primeros 168 reactivos.

La validez del perfil del MMPI-168 ha sido confirmada por otros autores, tanto en relación a su eficacia diagnóstica como a su precisión interpretativa (11-13). Al analizar la estructura factorial del inventario, Overall y cols. (14) lograron identificar cinco grupos

de reactivos bien definidos en una muestra de más de 500 enfermos psiquiátricos. Así, se transformó un instrumento de 566 preguntas y 10 escalas, a otro de 168 preguntas y 5 escalas.

La lógica del análisis de la estructura correlacional (análisis factorial), se sustenta en el estudio de las relaciones que guardan las preguntas entre sí; lo cual permite inferir información sobre el comportamiento y la validez clínica de los reactivos. Para ello se utilizan técnicas de análisis multivariado (16, 17, 18).

Este estudio tuvo como objetos, analizar, utilizando las técnicas descritas, los resultados del MMPI 168 de un grupo de médicos recién graduados, aspirantes a ingresar a una institución médica de enseñanza para continuar con su entrenamiento médico de posgrado.

Los cinco factores de agrupamiento fueron: factor 1, somatización; factor 2, autodevaluación; factor 3, depresión; factor 4, distorsión psicótica; factor 5, extroversión/hostilidad.

En ambos grupos se calculó el porcentaje de cada reactivo que fue contestado como "cierto" o "falso", tanto en hombres como en mujeres. Para evaluar la significancia de las diferencias entre ambos grupos, tanto en promedio como por reactivos, se utilizó la prueba inferencial estadística de la diferencia de porcentajes.

RESULTADOS

Los porcentajes de las preguntas contestadas en dirección "positiva" para cada factor, tanto en el grupo de estudiantes de pre-

grado como de posgrado, divididas de acuerdo al sexo. Los asteriscos (*), señalan las diferencias que alcanzaron un nivel estadísticamente significativo ($P < 0.05$).

De 23 reactivos que conforman el factor 1 (somatización), 16 fueron contestados significativamente con menos frecuencia por lo estudiantes de posgrado masculino en comparación con lo estudiantes de pregrado; y solamente un reactivo (36. "rara vez preocupado por salud") fue contestado en forma significativamente más frecuente por los estudiantes de posgrado. Entre las mujeres, 4 reactivos fueron contestados significativamente con menor frecuencia por las de posgrado que por las de pregrado. El menor número de diferencias estadísticamente significativas encontrado entre las mujeres, se explica por el tamaño reducido de la muestra de las estudiantes de posgrado ($n = 24$).

Para los cuatro factores subsecuentes las diferencias significativas favorecieron siempre al grupo de estudiantes de posgrado: en el factor 2 (autodevaluación), 13 de 14 reactivos en hombres y 7 de 14 reactivos en mujeres; en el factor 3 (depresión), 22 de 23 reactivos en hombres y 11 de 23 reactivos en mujeres, en el factor 4 (distorsión psicótica), 18 de 22 reactivos en hombres y 5 de 22 reactivos en mujeres; y en el factor 5 (extroversión/hostilidad), 6 de 14 reactivos en hombres y 5 de 14 reactivos en mujeres.

En ningún otro reactivo de estos cuatro factores se volvió a observar que los estudiantes de pregrado contestaron, con significancia estadística, en dirección de una menor patología psicométrica.

Cabe señalar, la buena correlación observada entre los estudiantes de posgrado que fueron finalmente aceptados para continuar con su entrenamiento médico. Estos hallazgos son consistentes con la idea, poco documentada pero generalizada, de que los aspirantes a una institución de entrenamiento médico avanzado tienen en lo general, rasgos de personalidad diferentes y una estructura psicológica que los distingue del grupo general de estudiantes de medicina de pregrado. Es posible que estos elementos contribuyan al proceso de autoselección que determina quiénes concursan para obtener una plaza como residentes en una institución de prestigio. Esta autoselección, quizá con un poder de discriminación mayor que la que realizan las mismas instituciones, refleja una buena capacidad de introspección, relacionada sin duda, con un buen nivel de salud mental.

Los cinco factores analizados en este trabajo representan diferentes formas de percepción y de relación con la realidad; variables de gran importancia en la estructuración de la personalidad y la salud mental. Estos aspectos han sido recientemente discutidos, tanto por la incidencia de psicopatología severa entre médicos y estudiantes de medicina, cuanto por la repercusión que ésta tiene entre sus familiares y desde luego, los enfermos a su cargo.

MARCO TEORICO

PERSONALIDAD

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la Psicología, puede explicarse en función de varias razones: Primero nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., de determinada manera. Segundo, integra en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas, abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Tercero, aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo. Cuarto, nos ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

Marie Jahoda, de acuerdo con la cual una personalidad sana domina activamente su ambiente, manifiesta una cierta unidad de personalidad y es capaz de percibir al mundo y así misma correctamente.

Podría decirse que la personalidad es un sistema dinámico, como se expresa en la siguiente definición: "La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente".

La palabra "Personalidad" se confunde a menudo con el término "carácter". Fundamentalmente la personalidad encierra todos los rasgos del hombre vistos desde un punto de vista objetivo y descriptivo, mientras el carácter es una fase de la personalidad que comprende especialmente los rasgos más permanentes de significado ético o social.

Existen tres teorías que pretenden dar respuesta a la pre-

gunta de si el carácter y la personalidad ¿con grabados por la herencia o por la experiencia?. La primera es la de Locke, quien expresaba que el hombre llegaba a la vida como un papel en blanco, que se iba cubriendo con las sucesivas experiencias o jeroglíficos de la vida hasta formar la textura de la personalidad. El extremo opuesto lo forma la teoría de que el hombre nace como un libro ya escrito y el proceso vital consiste en ir pasando las páginas. La tercera teoría es una combinación de las dos anteriores. La personalidad está en el hombre como el árbol a la semilla, pero del mismo modo que el árbol se desarrolla de distinto modo según las condiciones del suelo y el clima, así las disposiciones innatas de la personalidad se desenvuelven de acuerdo con las condiciones del ambiente.

La tarea de predecir precisa y minuciosamente una conducta específica requiere el desarrollo de técnicas que permitan medir la personalidad. Estas técnicas varían desde las pruebas proyectivas que intentan proporcionar una imagen global de la personalidad, a mediciones objetivas de los rasgos de personalidad, tal y como es el instrumento elegido para esta investigación (MMPI).

Los especialistas en la personalidad investigan ante todo las cuestiones generales acerca de la índole y el origen de la personalidad. Su meta es describir las diferencias de personalidad entre los sujetos. La teoría ha desempeñado un papel de suma importancia en el estudio de la personalidad; algunas teorías han surgido de intentos deliberados por describir y medir la personalidad; otras han surgido de esfuerzos de la personalidad internados en clínicas. Pruebas como

el MMPI surgidas de la Psicopatología, posteriormente han sido aplicadas y desarrolladas a partir de rasgos de la personalidad, como la que se utiliza en esta investigación.

A continuación se describirán varios intentos por construir teorías exclusivas de la personalidad, que fueron sugeridas.

1.1 TEORIAS DESCRIPTIVAS DE LA PERSONALIDAD

Los psicólogos han formulado teorías de la personalidad basadas en rasgos y en tipos. Los rasgos son características que parecen constantes en medio de gran variedad de situaciones y que explican la regularidad de la conducta en dichas situaciones.

La clasificación de las personas por tipos se basa en el supuesto de que varios rasgos de personalidad se presentan generalmente juntos en una persona, y se conservan intactos desde la infancia hasta la edad adulta, y de situación en situación por ejemplo un "tipo intelectual", podría tener rasgos marcados de "inteligente", y muy pocos rasgos de "sociabilidad" y "afición por deportes". Los enfoques de personalidad tanto de rasgos como por tipos se parecen en que intentan analizar el todo único de la personalidad dentro de un contexto de características centrales. Se hablará primero de las teorías basadas en los tipos, por ser las primeras teorías de la personalidad.

TIPOLOGIAS, PRIMERAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

El médico griego Hipócrates creó el primer modelo de personalidad basado en lo que ahora denominamos Tipología. El propuso que hay cuatro fluidos corporales o "humores": sanguíneo, bilioso negro, bilioso amarillo

y flemático. Cada vez que hubiera un exceso de alguno de estos humores, resultaría uno de los cuatro posibles temperamentos. Los individuos que eran abiertamente alegres, eran de esta forma por exceso de sangre. Una cantidad extrema de bilis negra causaba depresión. Las disposiciones al enojo emergían por una abundancia de bilis amarilla, mientras que demasiada flema resultaba una conducta apática.

Con la llegada de los siguiente siglos, se presentaron varias sugerencias adicionales a las tipologías simples que se idearon como formas de descripción de diferencias individuales. Spranger (1928) filósofo alemán, dividió a las personas en seis tipos con base a sus intereses y valores. Las personas se describieron como orientadas principalmente a la teoría, la economía, el arte, las personas, la política, o la religión.

El Psicoanalista Carl Jung, pensaba que las relaciones de la persona con el mundo externo podían ser concebidas de dos maneras: en la personalidad extrovertida el movimiento se hace en dirección externa orientado a la gente, a lo objetivo, hacia el mundo no reflexivo y hacia una vida centrada en la acción, se caracteriza como persona cuya atención e interés se enfocan en su medio ambiente, goza de la compañía de otras personas. En la personalidad introvertida el movimiento se hace en dirección opuesta, orientada hacia el Yo, a partir de otros, hacia donde el mundo es tranquilo, libre de personas; se centra en experiencias subjetivas, se caracteriza por evitar a las personas.

TEORIAS DE LOS TIPOS CONSTITUCIONALES

Las teorías mejor conocidas de los tipos constitucionales han sido

propuestas por Kretschmer, Psiquiatra alemán, y Sheldon, Psicólogo norteamericano y médico. Kretschmer creía que existe una relación entre los temperamentos, que caracterizaba con los nombres de "cicloide" y "esquizoide" y el tipo corporal. El temperamento cicloide muestra amplias fluctuaciones en el modo del carácter, desde el tipo exaltado o eufórico, hasta el deprimido, y en los trastornos graves de personalidad, este tipo de temperamento se manifiesta en la Psicosis Maniaco Depresiva. El temperamento esquizoide muestra introversión y retirada del contacto con los otros; en los trastornos graves de personalidad este tipo de temperamento se revela en la Esquizofrenia.

De acuerdo a Kretschmer, los individuos que manifiestan un temperamento cicloide tienden a ser más bien de estatura baja y corpulentos de tronco redondo. Los que tienen temperamento esquizoide, tienden a ser de estatura más elevada y más delgados en su construcción corporal, con piernas largas, cara alargada y manos y pies grandes.

Kretschmer en realidad describió tres tipos de físicos, que creyó eran básicos. Tipo pícnico personas de corta estatura y corpulentas. Tipo asténico: delgado en la construcción corporal y de estatura elevada. Tipo atlético: posee fuerte desarrollo del esqueleto y de la musculatura con amplios hombros. Un cuarto tipo, el Displásico: era caracterizado por la mezcla de diversas características corporales.

Sheldon comenzó el desarrollo de su teoría de los tipos constitucionales ideando un esquema de clasificación para la estructura física, llegó a la conclusión que había tres variaciones primarias de construcción corporal. Una de ellas llamó Endomórfica, caracterizada por la

suavidad y apariencia redondeada. La segunda, Mesomórfica se caracteriza por predominancia de los huesos y los músculos. El tercer tipo llamado Ectomórfico, se caracteriza por huesos largos y delicados músculos más desarrollados y una construcción generalmente esbelta.

TEORIAS BASADAS EN LOS RASGOS.

Los investigadores piensan que la existencia de un número limitado de rasgos estables puede explicar mejor la conducta. Se supone que estos son suficientemente estables desde la juventud hasta la vejez a través de cualquier situación y caracterizan en mayor o menor grado la personalidad del individuo. Los rasgos forman un espectro continuo, cada persona ocupará un lugar entre los extremos, aunque ciertos rasgos se relacionan con una conducta fácilmente observable, otros se asocian a características que parecen ocultarse.

— Raymond Cattell, Psicólogo de la Universidad de Illinois, empezó sus investigaciones orientadas a medir los rasgos más importantes de la personalidad en el decenio de 1930, la lista quedó integrada con las 16 características más importantes, que Cattell llama, rasgos fuente, porque aparecen estables y determinados por factores genéticos y a su vez, determinan muchas conductas superficiales.

1.2 TEORIAS PSICODINAMICAS

Las teorías psicodinámicas de la personalidad se proponen describir cómo se desarrolla la personalidad y explicar como interactúan entre sí los procesos de la personalidad para determinar la conducta. Subrayan la importancia de fuerzas tales como los impulsos, las motivaciones y

las emociones, parten del supuesto de que la personalidad se va desarrollando conforme la persona resuelve sus conflictos internos que surgen de fuerzas internas. Utilizan técnicas informales, como entrevistas y observaciones clínicas, para reunir datos sobre la personalidad de determinados individuos a quienes se trata a causa de ciertos trastornos psicológicos (2,391). Sigmund Freud, Harry Stack Sullivan y Erik Erikson, destacan entre los muchos exponentes famosos de teorías psicodinámicas de la personalidad. A continuación se citan las teorías de los mencionados autores.

TEORIA PSICOANALITICA:

Freud elaboró la primera teoría exhaustiva de la personalidad él estaba convencido que la conducta no era cuestión del azar sino que cada cosa que uno decía, hacía o pensaba estaba determinada por alguna causa identificable. La tarea de Freud, fue buscar indicios en la asociación de las palabras, en sueños, actos fallidos, lapsus linguae y fallas en la memoria. Además de esto construyó una teoría general de la personalidad que explicara el funcionamiento de la mente humana. Se describirán parte de sus conceptos más importantes.

ESTADOS DE CONSCIENCIA.

En sus primeros trabajos Freud, concluyó que el funcionamiento mental podía describirse en términos de tres estados de la consciencia: Consciencia, todo lo que uno está pensando en el momento; Preconsciente, recuerdos almacenados que no son parte de los pensamientos actuales pero que pueden transportarse a la consciencia; Inconsciente, recuerdos, de-

seos y elementos de los cuales somos inconscientes. De acuerdo a Freud, parte de este material nunca fue consciente, pero la mayor parte consta de material que causó tanta ansiedad que fue dejado de la consciencia y reprimido. Uno de los objetivos de la Psicoterapia Freudiana, es traer al material inconsciente a la consciencia.

ID, EGO Y SUPEREGO: DESEO, RAZON Y CONSCIENCIA.

Aunque Freud fue capaz de explicar gran parte del funcionamiento mental en términos de los tres estados de la consciencia, encontró útil describir una especie de mapa mental que incluía tres regiones o tipos de actividad mental. Representó estas tres regiones como un sitio de batallas constantes en las cuales había conflictos entre lo que deseamos, lo que realístamente podemos obtener, y lo que nuestro código moral nos dice que es bueno y que es malo.

LA PRIMERA REGION ES EL ID.

Freud propuso que el ID está presente en el nacimiento y es totalmente inconsciente. En los albores de la vida, los impulsos del ID se dirigen hacia la satisfacción inmediata del deseo sin considerar las consecuencias de hacerlo.

EL EGO.

Fue descrito como un sirviente realista del ID, puesto que se esfuerza por la satisfacción. De esta forma, el principio del placer que gobierna el ID es moderado o guiado por el principio de la realidad que gobierna el EGO. El EGO cruza los tres niveles de la consciencia, pero incluye principalmente los estados consciente y preconsciente.

LA TERCERA REGION ES EL SUPEREGO.

Se desarrolla generalmente conforme se exponen los niños a los valores morales de sus padres. En estas condiciones el niño acepta, e interioriza:

1) Los puntos de vista paternos de la conducta ideal y 2) sus valores morales como lo que es bueno y lo que es malo. Estos dos aspectos del Superego se conocen como el Ego ideal y la consciencia. El Superego cruza todos los niveles de la consciencia.

ETAPAS PSICOSEXUALES DEL DESARROLLO: DE ORIFICIO A EDIPO.

Freud describía que el desarrollo humano pasa por una serie de etapas basado en las diferentes formas como obtenemos placer corporal en diferentes edades. Las características de la personalidad adulta están determinadas por lo que sucede durante cada etapa y que tan exitosos somos durante este período. Es posible que nos "envanezcamos" en una etapa particular y no progreseemos más allá de este punto proceso denominado Fijación. Es posible que cuando las cosas vayan muy mal en la etapa que atravesamos, retrocedamos o regresemos a una etapa más temprana proceso denominado Regresión.

La primera fuente de placer es la boca, el infante succiona el pezón de la madre o un sustituto artificial. La Etapa Oral es un período pasivo y visualmente satisfecho cuando nosotros podemos estacionarnos en el pasado y aceptar las buenas cosas que nos suceden. Cuando un individuo es sobregratificado durante este período, resulta el tipo de personalidad oral que es dependiente, conformista, confiado y feliz; el co-

mer juega una parte importante en la vida de la persona, es común la obediencia. Por otra parte frustración y ansiedad durante la fase oral se espera que conduzca al tipo de personalidad opuesto, individuo tenso, agresivo verbalmente.

Cuando el niño tiene cerca del año y medio de edad, los padres los someten al entrenamiento del control de esfínteres. El defecar se experimenta como placentero, pero el niño tiene que demorar esta gratificación y esperar hacerlo en un momento y lugar aceptables socialmente. De esta manera, en la Etapa Anal ocurre la primera interferencia deliberada con el placer del niño, y la personalidad anal refleja la respuesta individual a esta interferencia. Puesto que no es permitido jugar con las heces, se buscan sustitutos, así los caracteres anales se ven obsesionados con el guardar y coleccionar cosas, son ordenados y pulcros, guardan sus cosas en el lugar apropiado. El adulto anal puede ser testarudo o agresivo, ya que éste es el primer período en el cual el niño puede rebelarse contra sus padres, ya sea descuidándose así mismo o rehusándose a realizar el producto deseado.

Alrededor de los cuatro años, se alcanza la Etapa Fálica; de acuerdo a Freud es cuando el niño descubre la masturbación y encuentra que frotando su pene o clítoris puede obtener sensaciones placenteras. El impulso sexual primitivo del niño lo transporta directamente a su madre como parte de sus fantasías masturbatorias. Freud llama a esto el período edípico en referencia a la antigua obra grega en la cual Edipo inconscientemente mata a su padre y se casa con su madre.

El niño siente que su padre se enojaría si conoce sus deseos

y teme que lo castré por vía del castigo. El terror a la castración es la base para el desarrollo del Superego, en esta situación la única solución razonable para el niño es renunciar a sus deseos por su madre y tratar de modelarse así mismo la imagen del padre. Esta identificación con el padre implica la aceptación y adopción de todos sus valores. Si no resuelve el conflicto edípico, Freud consideró que el adulto fálico podría ser un don juan frío y promiscuo motivado sólo por el deseo, o un homosexual.

Por los seis años, de acuerdo a Freud, las características de personalidad básica se han establecido como función de lo que ocurre durante las cuatro etapas psicosexuales tempranas. De aquí hasta la pubertad se presenta un período de latencia en la cual los niños pierden interés en las cuestiones sexuales y comienzan a interactuar con niños de su propio sexo. En la pubertad, hay un regreso temprano al complejo edípico cuando el adolescente se enamora de un miembro de edad avanzada del sexo opuesto, pero posteriormente escoge un objeto sexual de una edad apropiada.

En la fase genital, el impulso sexual hasta ese momento fundamentalmente autoerótico, descubrirá en esta fase al objeto sexual.

ERIK ERIKSON.

Introduce la concepción de un desarrollo psicológico que evoluciona en forma epigenética. Su punto de partida es el desarrollo del Yo, que recorre las clásicas vicisitudes de la libido señalada por Freud pero que continúa más allá de éstas y abarca la totalidad de la vida humana. En cada uno de los ocho estadios diferenciados por Erikson, el Yo

debe resolver tareas específicas, con repercusiones universales antes de proseguir a la siguiente etapa.

Estas crisis deben ser resueltas dentro de una polaridad determinada, y la forma en la cual el individuo encuentra y soluciona el conflicto en cada etapa determina la clase de persona que será.

1o. ESTADIO: "LA LACTANCIA Y EL CONOCIMIENTO MUTUO", ocurre durante los primeros meses de vida. El infante es totalmente dependiente de otros, y la crisis implica aprender a confiar o a desconfiar en los demás. (Confianza básica vs. desconfianza). Oral de Freud.

2o. ESTADIO: "LA TEMPRANA INFANCIA Y EL DESEO DE SER UNO MISMO", ocurre durante el período del control de esfínteres -dos años- similar con la etapa anal de Freud. La crisis es entre desarrollar un sentimiento de autonomía o vergüenza y culpa (Autonomía vs. Vergüenza y Culpa).

3o. ESTADIO: "INFANCIA Y ANTICIPACION DE ROLES", se desarrolla conforme el niño aprende a moverse en su mundo y manifiesta sus necesidades -tres a cinco años-. Como en la etapa fálica de Freud, hay un deseo sexual hacia el padre del sexo opuesto. La crisis involucra la iniciativa y expresión de sus propios deseos o la culpa. (Iniciativa vs. Culpa).

4o. ESTADIO: "EDAD ESCOLAR E IDENTIFICACION CON LA TAREA", como en la etapa de latencia de Freud, ocurre durante los primeros años escolares, durante los cuales el niño encuentra que es competente o incompetente en relación con sus compañeros. El éxito durante este período resulta en un adulto industrioso y trabajador, mientras que el fracaso conduce a un

sentimiento de inferioridad. (Laboriosidad vs. Inferioridad).

5o. ESTADIO: "ADOLESCENCIA", etapa en la que tiene lugar la crisis normativa de la integridad. El problema no es únicamente la sexualidad, sino encontrar la propia identidad, en relación al sexo, interacciones sociales y planes para el futuro, el individuo debe desarrollar y aceptar su identidad personal. De otra manera, permanecerá confundido acerca de quién es y cuál puede ser su lugar en la vida. (Identidad vs. Confusión de roles).

6o. ESTADIO: "JUVENTUD", coincide con el período en el cual la mayoría de las personas buscan establecer relaciones personales íntimas con alguien. El éxito, aquí involucra el establecimiento de intimidad con otro ser humano; el fracaso resulta en un sentimiento de soledad. (Intimidad vs. Aislamiento).

7o. ESTADIO: "ADULTEZ", la elección crucial es la "Crisis de Maduración" si uno se convierte en ser humano útil y productivo o permanece en un patrón de complacencia y estancamiento. La generatividad para Erikson es la preocupación por establecer y guiar a la próxima generación, e incluye creatividad y productividad. (Generatividad vs. Estancamiento).

8o. ESTADIO: "SENECTUD", puede ser alcanzada sólo por aquellos que han tenido éxito en la solución de crisis en las etapas previas. En este punto es donde se debe encarar la realización impensable de la muerte. Con historia de éxitos en las otras etapas, el individuo tiene un sentido de integridad y un sentido de valía, que incluso la muerte puede ser aceptada. Los fracasos previos conforman un individuo con un sentido de

desesperación y el sentimiento de que la vida ha sido un desgaste inútil. (Integridad del Yo vs. Desesperación).

SULLIVAN.

Propone una teoría sistemática del desarrollo de personalidad, y llama a sus sistema: Teoría de las relaciones interpersonales, sostiene que con un sustrato biológico el hombre es el producto de la interacción con otros seres humanos, y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento mismo de su nacimiento (,106). Sullivan dió mucho énfasis a la sociedad como creadora de la personalidad del hombre. Su teoría enfatizaba las relaciones entre las personalidades y no la personalidad individual, ya que el hombre no existe como un ser aislado, sino en relación con otros. El hombre es un sistema orgánico que opera; su cuerpo puede condicionar su personalidad. Es importante para Sullivan la forma en que se desarrolla el individuo durante los primeros años de su vida: Infancia, niñez y adolescencia, postula siete etapas del desarrollo:

- A) INFANCIA: 0-18 meses; es decir desde el nacimiento, hasta la aparición del lenguaje articulado. La zona corporal más importante en este período es la boca.
- B) NIÑEZ: 18 ó 20 meses hasta los 4 ó 5 años; desde que aparece el lenguaje hasta que surge la necesidad de tener compañeros de juego. Las relaciones interpersonales características están basadas en las personificaciones; dramatizaciones, como jugar a que es ya un adulto.

C) ETAPA JUVENIL: 5 ó 6 años hasta los 11; se localiza en la época en la cual asiste a la escuela primaria. La zona corporal dominante es la genital. Las relaciones interpersonales características son la socialización.

D) PREADOLESCENCIA: 11-13 años, época en que cursa la secundaria. La zona corporal predominante es la genital emergente. Las relaciones interpersonales predominantes son la necesidad primordial de compañeros del mismo sexo; empiezan las relaciones humanas genuinas.

E) ADOLESCENCIA TEMPRANA: 15-17 años; época de la preparatoria. La zona corporal predominante es completamente genital. Las relaciones interpersonales características son extraordinariamente lujuriosas; sus necesidades sociales son de dos tipos: eróticas hacia el sexo opuesto, y de intimidad hacia su compañero del mismo sexo. Que, en caso de confusión puede llevar a la homosexualidad.

F) ADOLESCENCIA TARDIA: 17 ó 19 años a los primeros 20 años; es el tiempo durante el cual está en la Universidad o a nivel semejante. Su cuerpo está ya totalmente maduro. Las relaciones interpersonales características resultan de una fuerte seguridad en contra de la ansiedad y de prolongada duración; es totalmente independiente.

G) ADULTEZ: 20 ó 30 años en adelante, corresponde a la época en que la mayoría de la gente empieza a tener hijos. El cuerpo es totalmente heterosexual. Sus relaciones interpersonales características constatan que la sociedad ha creado un animal totalmente social, partiendo de un animal humano, se encuentra totalmente independizado del control de sus pa-

dres.

Resumiendo lo anteriormente expuesto: las teorías descriptivas de la personalidad, tanto de rasgos como de tipos, casi no toman en cuenta como surgen y se relacionan entre sí los diversos elementos de la personalidad; hacen hincapié en la estabilidad de la personalidad, sin considerar que las personas cambian según la situación; además clasifican poblaciones por métodos objetivos, tales como pruebas y sistemas de puntuación.

Por otro lado las teorías psicodinámicas de la personalidad mencionadas (Freud, Erikson y Sullivan) concuerdan en los siguientes puntos: la personalidad se desarrolla conforme el individuo atraviesa por una serie de etapas en el transcurso de su vida; las primeras experiencias revisten importancia crucial en el desarrollo de la personalidad; y, a menudo las personas reciben influencia de motivaciones y sentimientos de los que no tienen consciencia.

Dentro de esta revisión cronológica general, sobre cómo han ido evolucionando las diversas teorías de personalidad, pasaremos ahora a revisar la Teoría de H.A. Murray, quien desarrolló su conceptualización acerca del tema que nos ocupa en la década de los treinta y quien además elaboró uno de los Test proyectivos de mayor uso en la actualidad el TAT (Test de Apercepción Temática).

La descripción más o menos detallada de la teoría de este autor resulta importante, pues, cimentada sobre las bases principales del enfoque psicodinámico, desarrolla aspectos de gran trascendencia, en lo que se refiere a motivación y por ende al aspecto de NECESIDADES, que im

plica el abordaje de esta área tan relevante en lo que respecta a la integración de la personalidad.

De acuerdo a la idea general que se maneja en el presente trabajo, en el sentido de que son las necesidades arraigadas en la estructura de personalidad particular de cada sujeto, las que finalmente constituyen un factor de gran peso y poder para que un individuo elija una determinada área hacia la cual encausar su vida profesionalmente hablando.

La revisión de los conceptos de Murray, además de darnos un punto de partida teórico sobre el cual fundamentar el enfoque sobre el cual se realizará la presente tesina, nos ayuda a comprender con mayor amplitud el porqué de tal planteamiento. Por otro lado Murray es un teórico que condensa de alguna manera los diferentes puntos de vista que han sido desarrollados por autores como los que se han mencionado con anterioridad, como son el psicodinámico con Freud, o escuelas más sociológicas, y culturalistas o interpersonales, cuyos primeros representantes como también se verá han sido Erikson y Sullivan.

LA PERSONOLOGIA DE MURRAY

La teoría propuesta por este investigador presenta un respeto considerable por la importancia determinante de los factores biológicos, muestra interés en postular la conducta de tal manera que la investigación controlada sea un resultado natural de tal formulación.

El enfoque de esta hipótesis opera sobre el individuo en toda su complejidad y su punto de vista se enfatiza por el término personolo

gía, introducido por Murray en 1938 para etiquetar su proposición. Presenta una orientación de campo, que se refleja en su insistencia acerca de que el contexto ambiental de la conducta debe de entenderse y analizarse perfectamente antes de poder dar una explicación adecuada de la conducta individual. No sólo ha acentuado la importante de los determinantes ambientales; ha desarrollado, además, un elaborado conjunto de conceptos designados para representar esas fuerzas del medio.

La teoría de Murray comparte con el psicoanálisis la suposición de que los eventos ocurridos en la infancia y la niñez son determinantes vitales en la conducta adulta. Otra semejanza entre su postura y la del psicoanálisis es la considerable importancia atribuida a la motivación inconsciente y el profundo interés mostrado en el reporte verbal del individuo, subjetivo o libre, incluyendo su producción imaginativa.

El aspecto más importante de su teoría es el tratamiento altamente específico de la motivación.

La teoría de Murray, que él denominó personología, intenta explicar por qué hace el hombre las cosas que hace. Con su habilidad para organizar y enfatizar ciertos datos bajo un sistema taxonómico, produjo un trabajo que es útil para explicar la conducta humana.

DESCRIPCION DE LA CONDUCTA HUMANA

Murray considera que la personalidad no se puede describir, especialmente en un sentido de diagnóstico. Para nuestro autor, el tér

mino definición connota una cualidad estática, inmóvil y fija que niega la naturaleza móvil, cambiante, siempre en flujo, de la personalidad. Prefiere el término formulación al definir la personalidad.

DEFINICION DE LA PERSONALIDAD

"El término personalidad se ha reservado para la estructura hipotética de la mente; para los procesos y establecimientos consistentes que se manifiestan en forma repetida en los procedimientos internos y externos que constituyen la vida de un individuo. La personalidad no es entonces una serie de hechos biográficos, sino algo más general y duradero que se infiere de los hechos" (Murray y Kluckhohn, 1953).

"La personalidad es el órgano gobernante del cuerpo; un instinto que desde el nacimiento hasta la muerte está incesantemente ocupado en las operaciones funcionales transformativas" (Murray, 1951a)

"La personalidad en cualquier momento de su historia es la constitución jerárquica, problemática, imperceptible, localizada en el cerebro en ese momento de la total o completa y compleja reserva de propiedades psicológicas entre relaciones dependientes de la sustancia y la estructura (elemental, asociativa, organizacional)" (Murray, 1968)

Las principales funciones de la personalidad son: "Ejercer sus procesos expresivos; aportar o generar y reducir tensiones de necesidades insistentes, formar programas seriados para el logro de metas

distintas y, por último, disminuir o resolver urgencias, estableciendo horarios que permitan su satisfacción, y evitando fricciones entre las necesidades principales" (Murray y Kluckhohn, 1953).

Murray añade posteriormente las funciones de ajustarse a los niveles de aspiración para poder aumentar su posibilidad de lograr y controlar la conducta en forma tal que se conforme a la expectativa social.

Enfatiza, en forma muy importante, la base fisiológica: "La personalidad se puede definir biológicamente como el órgano gobernante o instinto superordenado del cuerpo. Como tal, se localiza en el cerebro. Si no hay cerebro no hay personalidad".

Es el cerebro el que regula las necesidades y demandas del momento. Las demandas pueden ser principalmente orgánicas (hambre), simbólicas (lectura) o cualquiera de las múltiples combinaciones de ambas.

MOTIVACION

El aspecto más importante de la teoría de Murray en su intenso interés en el desarrollo de la motivación y en cómo afecta ésta la conducta del hombre. Ante todo, este autor es un psicólogo motivacional, con lo que queremos decir que estudia y delinea la dirección de los hechos humanos en el reino mental, físico o verbal.

Murray no cree que el hombre viva en un estado libre de tensiones, este teórico encuentra lugar para la liberación de la tensión tanto biológica como psicológica. La tensión es un fenómeno biológico verdadero, Murray utiliza en su teoría para explicar su primera po

sición al respecto de la reducción de tensión. El hombre desea evitar el dolor y obtener placer como modo de existencia; por tanto, quiere corregir estados de hambre, desunión orgánica, todas las otras condiciones biológicas de desequilibrio, para regresar a un estado de no dolor y sin tensión. Mas, para Murray, la homeostasis es sólo la mitad de la fotografía que describe los estados de reducción de la tensión. Tal proceso por sí solo, lleva a una existencia vegetal. El hombre está, por tanto, poseído por el divino descontento, y siente que el progreso es un estado natural de la existencia. El deseo de una mejor forma de vida, más propiedades materiales, todas las motivaciones que lo hacen ir más allá de su actual estado, son también de vital importancia en la reducción de la tensión.

A la fórmula de tensión de reducción propia, que se refiere a la condición homeostática tradicional del hombre, Murray agrega la de generación de tensión reducción. El hombre tiene necesidad de un empuje positivo, de excitación, de movimiento, aunque este no lleve a un progreso y a un éxito, a la apetencia de estar con sus congéneres.

Consideraremos ahora las avenidas por medio de las cuales es motivado el hombre. En este sistema teórico los factores del esquema motivacional no son independientes uno de otro; constituyen complejos altamente condicionados que se vuelven inseparables en la acción.

NECESIDADES:

Murray desarrolló una taxonomía de las necesidades bastante compleja. Gran parte de su teoría de la necesidad surgió de la elabora

ción que se encuentra en su libro *Explorations in personality* (1938), de donde se extrajo el siguiente material.

Murray estableció que se debían cumplir ciertos lineamientos para poder establecer la existencia de una necesidad. Los requisitos para que algo sea considerado como necesidad dentro de este sistema teórico son: que haya una respuesta a un objeto o serie parecida de objetos particulares que parecen servir o funcionar como estímulos; el tipo de conducta involucra; las consecuencias o resultado final de esa conducta; cantidad y tipo de respuesta emocional asociada a la conducta; cantidad de satisfacción o de desagrado una vez que se ha logrado la respuesta total.

"Una necesidad es una construcción que representa a una fuerza... en la región del cerebro; que organiza la percepción, la apreciación, la interacción, connación, acción en tal forma, como para transformar en cierta dirección una situación existente no satisfactoria. Una necesidad es a veces provocada directamente por procesos internos de cierto tipo... pero, con más frecuencia por la ocurrencia de una o algunas presiones comúnmente efectivas (fuerzas ambientales)... y se manifiesta por guiar al organismo para buscar o evitar encontrarse a ciertos tipos, cada necesidad está característicamente acompañada por un sentimiento o emoción particular, puede ser débil o intensa, momentánea o duradera. Pero por lo general persiste y hace surgir un cierto curso de acción de conducta abierta; o cubierta (fantasía) que... cambia las circunstancias iniciales en tal forma que produce una situación final que actúa, tranquiliza o satisface al organismo" (Murray, 1938).

En la definición de necesidad que da Murray, existen por lo menos seis puntos principales, son los siguientes:

a) "Una necesidad es una construcción", es decir, un término creado por el hombre; b) "que representa una fuerza", es decir, existe poder y fuerza dentro de la persona; c) "en la región cerebral", es decir, la idea de la regnancia de que la personalidad surge del cerebro; d) "que organiza... acción", es decir, es más que una actividad azarosa; e) "para transformar hacia una cierta dirección", es decir, la persona va a ser diferente como resultado de la necesidad; F) "una situación no satisfactoria existente", es decir, la necesidad se desarrolla de la insatisfacción, que lleva a una meta de satisfacción.

El número y tipos de necesidades que motivan la conducta, según Murray (1938), son los que enumeramos a continuación:

- Abatimiento, humillación: estar resignado al destino; buscar y disfrutar del dolor; culparse a sí mismo, admitir inferioridad.
- Logro: sobreponer obstáculos; rivalizar y superar a otros; aumentar la consideración por uno mismo.
- Afiliación: agradar y ganarse el afecto de los demás.
- Agresión: oponerse a la fuerza o castigar a otro.
- Autonomía: evitar o dejar actividades prescritas por autoridades dominantes; ser independiente y libre para actuar de acuerdo a impulsos; retar al convencionalismo.
- Contraacción: sobreponer debilidades; reprimir el temor; mantener el autorespeto y orgullo en un alto nivel.
- Deferencia: emular a una persona ejemplar; admirar y apoyar a un su-

perior.

- Defensa: reivindicar al yo.
- Dominancia: influir o dirigir la conducta de otros por medio de la su gestión, seducción.
- Exhibición: causar una impresión; ser visto y oído.
- Evitar el daño: tomar medidas precautorias; escapar de una situación peligrosa; evitar dolor.
- Evitar sentirse menos: abstenerse de actuar por temor al fracaso; evitar humillaciones.
- Crianza: dar simpatía y gratificar las necesidades de un objeto deslido, proteger, confortar o cuidar, o aliviar a otros.
- Orden: lograr limpieza, arreglo, etcétera.
- Jugar: buscar agradable relajación del estres; actuar por "puro gusto".
- Rechazo: excluir, abandonar, o permanecer indiferente.
- Sensibilidad: buscar y disfrutar impresiones sensuales.
- Sexo: formar y hacer avanzar una relación erótica.
- Socorro: tener siempre a alguien que lo apoye.
- Comprensión: interesarse en la teoría; especular, formular, analizar.

A medida que el hombre se siente motivado por estas necesida des, las utiliza de acuerdo con ciertos métodos.

Prepotencia. Cuando dos o más necesidades exigen satisfacción al mismo tiempo en la misma persona, debe ocurrir una prioridad en la acción.

Existe una jerarquía de necesidades y el nivel está determinado más por la necesidad misma que por el sujeto.

Fusión. No todas las necesidades son contradictorias. Las que son complementarias, se fusionan como instrumentos motivacionales. Aunque en sí mismas no son iguales, pueden ser satisfechas por un solo curso de acción.

Subsidiación. Algunas necesidades pueden ser satisfechas sólo resolviendo las demandas de urgencias menores pero indispensables.

Conflicto. Con frecuencia las necesidades están en conflicto. El hombre cuando se enfrenta a dos o posiblemente tres necesidades en conflicto, se produce tensión.

No todas las veinte necesidades están presentes en cada sujeto. Algunos de nosotros nunca experimentamos en el transcurso de nuestras vidas algunas de ellas, mientras que otros pueden recorrer la lista completa y hacerlo en un período relativamente pequeño: días o semanas.

Existen cinco tipos diferentes de necesidades: primarias y secundarias; proactivas y reactivas; abiertas y cubiertas; focales y difusas; de efecto y modales con procesos de actividad.

Tipos primario y secundario. Necesidades viscerogénicas: urgencia de comida, agua, aire, aire, eliminación de restos corporales y actividad sexual.

Las necesidades secundarias o psicogénicas provienen de las primarias, muchas de las necesidades enlistadas se considerarán en forma apropiada como secundarias; por ejemplo, logro y afiliación. El término secundario se refiere al estado de desarrollo, las necesidades primarias se desarrollan primero y luego van seguidas por las secundarias o psicogénicas.

cas.

Algunas necesidades pueden ser expresadas abiertas. La sociedad las sancionará o aún dará premios de un tipo u otro para poderlas enfrentar. Existen aquellas otras que deben de ser satisfechas a través de medios desviados. Para enfrentarse a estas uno se puede obligar a ser muy hermético respecto a las actividades que deberán realizarse para satisfacerlas, o bien colmarlas por medio de ensueños.

Tipos focal y difuso: hay necesidades que pueden ser resueltas acercándose un sólo objeto. Murray llama difusas a aquellas que tienen que ser satisfechas en todo tipo de situaciones: por ejemplo, el caso de la evitación del dolor en cualquier aspecto, físico o social.

Tipos de efecto y modal: una necesidad de afecto es la que lleva a un objeto-meta directo e identificable. El modo de cooperación con el que satisfacemos una necesidad puede ser tan importante como la meta por la cual luchamos.

Presión: Factores externos de la vida del hombre. Significa el atributo que obstaculiza o ayuda a una persona a satisfacer sus necesidades.

Murray presenta dos formas de considerar la cualidad de la presión de los objetos o personas: la presión alfa es la característica objetiva y real de la presión. La presión beta constituye la interpretación personal que el individuo hace de aquellos objetos que lo influirán; obviamente su conducta está más matizada por el aspecto beta de la presión.

Además de los aspectos alfa y beta, Murray describe la capacidad del objeto presionador para atraer o rechazar al individuo, usan-

do para esto, el término freudiano catexia. Se puede describir como la carga emocional que atrae o repele y que se encuentra dentro del objeto mismo. Contrario a esto se aparece el sentimiento de la persona hacia el objeto presionado; nuestro comentado diferencia el sentimiento al establecerlo como: "Una disposición más o menos duradera... en una personalidad para responder con un afecto positivo o negativo a una entidad específica" que puede ser de corto o largo plazo y siempre condicionado por la capacidad dentro de la persona, más que dentro del objeto.

Valor-vector. Murray ha dicho que las necesidades siempre operan al servicio de algún valor y por tanto, este valor debería ser parte del análisis de los motivos:

nombrar la entidad valuada junto con la actividad nombrada deberá contribuir mucho para nuestra comprensión de la dinámica de la conducta.

Murray ha proporcionado listas tentativas de valores y vectores, utiliza este término, proponiéndolo como "una fuerza que va en cierta dirección". Tal fuerza puede ser débil o fuerte, y la dirección está prescrita por las otras variables que actúan sobre la energía de dicho vector. El concepto valor tiene el significado comúnmente atribuido a la palabra: "precio o poder inherente a un artículo", un costo que está determinado por el hombre: esto, es el artículo tiene el valor pero no lo declara; es el hombre quien establece el precio.

Murray ha iniciado una lista de valores y vectores que, afirma, ayudará a explicar el concepto de necesidad y toda la vida motivacional del hombre.

| Vectores | valores |
|-------------------------------------|---|
| (Cómo lo hace, actividad, etcétera) | (Por qué lo hace, el que valga la pena, etcétera) |
| adquisición | valor estético |
| evitación | afiliación |
| conservación | autoridad |
| construcción | cuerpo |
| defensa | ideología |
| destrucción | conocimiento |
| expresión | propiedad |
| recepción | |
| rechazo | |
| transmisión | |

Necesidad integrada. Aunque las necesidades no necesariamente se encuentran unidas a objetos específicos en el ambiente, con frecuencia sucede que con la experiencia el individuo asocia objetos particulares con ciertas necesidades. En la misma forma, modos particulares de respuesta, o formas de aproximación o evitación de estos objetos, pueden adquirirse y asociarse con la necesidad. Cuando ha ocurrido esta integración de la necesidad y la imagen o pensamiento del objeto ambiental, así como con los procesos instrumentales. Murray habla de la integración de la necesidad.

Murray piensa que mucho de lo que el hombre hace es recurrente y que el individuo funciona partiendo de los hábitos que forma a lo largo de la vida, si uno va a estudiar lo que una persona es cómo llegó a serlo, debe examinar las experiencias cotidianas pasadas.

PRINCIPIO DE ABSTRACCION

Murray no solo acepta el papel de los determinantes inconscientes de la conducta sino que reconoce la operación de los mecanismos freudianos de resistencia y represión.

La personalidad es de naturaleza abstracta, en la misma forma en que lo es de naturaleza orgánica observable. Murray aceptó la idea de que el sujeto con motivos escondidos, pulsiones y necesidades inconscientes, es un hombre en estado natural y no necesita explicaciones fundadas en conducta psicótica. Todos operamos parcialmente bajo motivadores inconscientes.

Murray está de acuerdo con Freud al concebir al ello como el recipiente de las pulsiones kprimitivas e inaceptables. Aquí está el origen de la energía, la fuente de todos los motivos innatos, el self no socializado. Así, el ello incluye pulsiones que son aceptables para el self y la sociedad.

Murray siente al yo como un administrador sabio y muchas veces benévolo. Con la fuerza del ello detrás del él, yo crea placer para el ello, pero a la vez lo reprime en el mismo aspecto.

El yo debe arreglar, programar y controlar la forma en que aparecerán otros motivos. El yo, consistente con la teoría psicoanalítica, es visto como el organizador central o integrador de la conducta.

Además del concepto común del superyo como el sistema de conciencia impuesto por padres y figuras de autoridad sobre el niño, Murray cree que personajes simbólicos de la literatura y otras formas de conducta no humana son igualmente efectivas en la creación de la estructura del

superyo en el niño. Las amistades y conocidos del niño pueden y de hecho ayudan a crear su superyo.

El superyo en la teoría de Murray se considera una implantación cultural. La naturaleza del superyo está determinada en gran parte por los tipos de experiencias que involucran figuras autoritarias a las cuales está expuesto el individuo y además de esta importante fuente de influencia, existe también el impacto de grupos de iguales, así como la contribución muy significativa de figuras literarias y mitológicas. Los estándares adquiridos de estas fuentes se internalizan y actúan como una fuente de recompensa o castigo, dependiendo del grado en que las acciones del individuo alcancen estas normas o estándares.

Intimamente relacionado al superyo, está el yo ideal, que consiste en una imagen idealizada del self -el self al que se aspira, o un conjunto de ambiciones personales por las que el individuo lucha.

El yo ideal puede estar totalmente divorciado del superyo, o puede estar relacionado muy de cerca, en forma tal que el sujeto se dirige hacia ambiciones personales de manera que se conforme exactamente a las sanciones de su sociedad. Si el superyo es dominante y se suprime al yo ideal, la persona puede intentar servir a la "voluntad de Dios" o al "bienestar de la sociedad" a expensas de dejar toda ambición personal.

Murray se guía entonces por el principio que establece que el hombre es una unidad abstracta no controlada completamente por fenómenos de la superficie, sino motivada en mucho por dinámica interna -dinámica que no siempre es comprendida por el sujeto mismo o por la sociedad en

la que vive.

En una revisión posterior de su teoría (1959), Murray enfatiza los aspectos positivos de la personalidad. El cree que existen procesos formativos y constructivos que no sólo resultan útiles para la su pervivencia o como defensas en contra de la ansiedad, sino que tienen su propia energía, metas y satisfacciones. Una persona necesita ser creativa e imaginativa; componer y construir, si ha de mantenerse psicológicamente sana. La imaginación creativa puede, de hecho, ser el aspecto más importante de la personalidad, y al que con frecuencia se le da la menor oportunidad de expresarse.

Individualidad. En pocas palabras, este principio se refiere a la idea de que cada hombre es un individuo que no se parece a ningún otro que haya existido o que pudiera existir.

ROLES SOCIALES

Murray señala que en el individuo bien socializado es legítimo hablar de la necesidad de tener un papel; esto es, la urgencia de ser miembro de un grupo o grupos existentes y de tener un papel definido y aceptado, y un status dentro del contexto social. Así, la tendencia por parte del individuo a conformarse a los mandatos de su ambiente, está en parte explicada, por medio de esta necesidad general de pertenecer y participar en un grupo funcionante.

EL PROCESO DE SOCIALIZACION

Las metas exactas de la socialización pueden variar de un grupo a otro; pero existen ciertas metas generales que se mantienen a tra-

vés de diferentes sociedades: "Comenzando desde el jardín de niños maternal, el proceso de socialización continúa a lo largo de toda la vida. Entre otras cosas que deben ser aprendidas figuran el poder de inhibir o moderar la expresión de necesidades inaceptables; la habilidad de transferir catexias de un objeto-meta prohibido a un sustituto aceptable; la utilización habitual y automática de un gran número de patrones de acción, aprobados (métodos, maneras y actitudes emocionales); la habilidad de adaptarse a programas, a horarios (hacer las cosas en el tiempo apropiado, mantener o cumplir citas, etc.)" (Murray y Kluckhohn, 1953).

Todas estas cosas son necesarias si el individuo desea vivir cómodamente consigo mismo y con los demás.

La socialización no carece de cualidades negativas. Un individuo puede estar sobresocializado y concebiblemente una sociedad entera puede estar expuesta a procesos de socialización que sean debilitadores más que promovedores de una vida fructífera. El hombre es fundamentalmente un animal y el grado hasta el cual la socialización le niegue esta naturaleza biológica fundamental, puede destruir la espontaneidad creativa y el vigor, que son esenciales para los demás importantes tipos de avance humano.

INSTRUMENTO DE MEDICION

A) DESCRIPCION GENERAL DEL MMPI

Desde 1938 los doctores Hathaway y McKinley, al ver la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad, desde diferentes ángulos, comenzaron a reunir items de diferentes cuestionarios para elaborar un nuevo inventario de la personalidad que fuese un instrumento objetivo y que sirviera en la investigación y la práctica clínica.

Los datos originales fueron obtenidos con una muestra de 700 sujetos, visitantes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de Minnesota en Minniapolis, otros 250 eran estudiantes de la propia Universidad, así como algunos trabajadores y enfermos epilépticos o tuberculosos, este fue considerado en grupo "Normal" y fue comparado con 800 pacientes de la división de Neuropsiquiatría de la Universidad.

Las frases fueron elaboradas en relación a las preguntas que se hacen para efectuar historias clínicas en Medicina General, neurológicas y psiquiátricas, asimismo se obtuvieron de escalas publicadas en esa época.

El MMPI es un instrumento psicométrico diseñado para proporcionar las características más importantes de la personalidad. Se utiliza para lograr una separación objetiva entre personas mentalmente sanas y enfermas, o con rasgos y tendencias más o menos patológicas. Se emplea también para la selección de personal en instituciones industriales, militares y educativas.

La aparición de este inventario sucedió en una época de gran expansión en la investigación sobre Psicología Clínica; se calcula que surgen un promedio de 100 investigaciones por año usando el MMPI.

Consta de 566 frases que contienen una gran variedad de temas, se aplica a sujetos de 14 a 65 años de edad, que sepan leer y entender lo que lean, ya que hay frases que vienen en sentido negativo o en tiempo pasado.

El MMPI puede aplicarse en forma autoadministrada o colectiva. Actualmente se utiliza un folleto en el que se encuentran las frases; las instrucciones son las siguientes: este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa, usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones, rellenando con lápiz el círculo en el renglón C si la oración es cierta, o bien si la oración es falsa, se rellena el círculo en el renglón F. Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. Si puede evitarlo, no deje de contestar ninguna pregunta. Al marcar su respuesta en la hoja de respuestas, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja.

El MMPI es un instrumento autodescriptivo, que está bajo el control de la persona que lo responde.

Los estímulos relativamente sin ambigüedad y el formato de respuesta estructurado permiten que el MMPI se clasifique como una técnica objetiva de evaluación de la personalidad.

Después de la administración individual o grupal de la prueba, usando cualquiera de las diversas formas y hojas de respuesta disponibles, las respuestas del individuo se califican de manera objetiva ya

sea manualmente o con un equipo de cómputo. Los procedimientos de calificación producen puntuaciones para 4 escalas de validez y 10 escalas clínicas básicas o de personalidad. Las puntuaciones crudas de las escalas de validez estándar y clínica se transforman en puntuaciones T (media = 50; DE = 10) usando los datos proporcionados en el Manual (Hathaway y McKinley, 1967). Las respuestas del grupo normal de Minnesota proporcionan la base para las conversiones a puntuaciones T. Hay normas disponibles, que se presentan por separado para hombres y mujeres. Las puntuaciones T se utilizan para construir un perfil en una hoja de perfil estándar. Este, sirve como base para generar inferencias sobre el examinando.

PROPOSITO ORIGINAL

El MMPI se publicó por primera vez en 1943 por la Psychological Corporation. Los autores de la prueba, Starke Hathaway, PhD, y Jovian McKinley, MD, se encontraban trabajando en los hospitales de la Universidad de Minnesota y esperaban que el MMPI fuera útil para la evaluación diagnóstica de rutina. A finales de la década de 1930 y principios de 1940, un objetivo primordial para el psicólogo clínico y el psiquiatra era asignar clasificaciones psicodiagnósticas apropiadas a casos individuales. Por lo general se hacían entrevistas individuales o exámenes de nivel mental y evaluación psicológica individual para cada paciente. Se esperaba que un inventario de la personalidad de papel y lápiz, administrado en grupo proporcionara una forma más eficiente de llegar a una evaluación psicodiagnóstica más apropiada.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS CLINICAS

El primer paso en la elaboración de las escalas básicas del MMPI fue reunir una gran cantidad de reactivos potenciales para el inventario. Hathaway y Mckinley seleccionaron una amplia variedad de enunciados afirmativos de tipos de personalidad de fuentes como historias de casos e informes psicológicos y psiquiátricos, libros y escalas de actitudes personales y sociales publicadas con anterioridad. De un juego inicial de cerca de 1,000 enunciados afirmativos, seleccionaron 504 que juzgaron razonablemente independientes entre sí.

El siguiente paso fue seleccionar grupos criterio apropiados. Un grupo criterio, más adelante conocido como el grupo normal de Minnesota, consistía principalmente de familiares y visitantes de los pacientes en los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este, se aumentó por otros diversos grupos de sujetos normales. Entre estos se incluía uno de recién graduados de bachillerato que asistían a conferencias preparatorias en la Universidad de Minnesota, uno de obreros de la Work Progress Administration y algunos pacientes médicos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. El segundo grupo principal de sujetos, más adelante conocido como los sujetos clínicos, estaba formado por pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este, incluía pacientes representativos de todas las categorías diagnósticas psiquiátricas principales que se encontraban en uso en la época en que se elaboró la prueba. Los sujetos clínicos fueron divididos en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos clínicos. En cualquier momento en que existiera alguna duda sobre el diagnóstico clínico de un pa

ciente o cuando estuviera presente más de uno, no se incluía en este grupo de referencia clínica. Los diferentes subgrupos formados de sujetos clínicos fueron: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

El siguiente paso en la elaboración de las escalas fue administrar los 504 reactivos originales a los grupos normales Minnesota y a los pacientes en cada uno de los clínicos. Para cada uno de estos últimos, por separado, se realizó un análisis de reactivos para identificar aquéllos, en el grupo de 504, que diferenciaran significativamente entre el grupo clínico y un grupo de sujetos normales. Los reactivos del MMPI individuales identificados por este procedimiento se incluyeron en la escala MMPI resultante para ese grupo clínico.

En un intento de validación cruzada de cada escala clínica (por ejemplo, la de depresión), se seleccionaron nuevos grupos de sujetos normales y de sujetos clínicos con ese diagnóstico clínico en particular y se les administró la escala. Si se encontraban diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo normal y el grupo clínico en cuestión, la escala clínica se consideraba con una validación cruzada adecuada y por tanto lista para utilizarse en el diagnóstico diferencial de pacientes nuevos cuyas características diagnósticas se desconocieran.

Poco tiempo después se elaboraron dos escalas clínicas adicionales. Primero, la escala de Masculinidad-Femenidad (Mf) intentaba originalmente distinguir entre hombres homosexuales y heterosexuales. Debido a la dificultad para identificar una cantidad adecuada de reacti

vós que diferenciaron entre estos dos grupos, Hathaway y McKinley ampliaron en consecuencia su enfoque en la elaboración de la escala Mf. Además de los pocos reactivos que discriminaban entre hombres homosexuales y heterosexuales, fueron identificados otros como diferencialmente aceptables por hombres y mujeres normales. También se agregaron algunos reactivos en la escala I de Terman y Miles (1936) al juego original y se incluyeron en la escala Mf. Segundo, la escala de Introversión Social (Is) desarrollada por Drake (1946) se incluyó como una de las escalas básicas del MMPI. Aunque ésta, se elaboró inicialmente seleccionando reactivos del juego original, para diferenciar con éxito entre estudiantes universitarias que participarán en muchas actividades extracurriculares, de aquéllas que no fueran muy participativas socialmente, se utiliza en la actualidad para hombres y mujeres.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Hathaway y McKinley al principio desarrollaron también cuatro escalas, conocidas después como escalas de validez, cuyo propósito era detectar actitudes desviadas de quienes contestaban la prueba. La escala o categoría "No puedo decir", es simplemente el número total de reactivos omitidos o contestados verdadero y falso por el que contestó la prueba. Obviamente, la omisión de un gran número de reactivos, que tiende a disminuir las puntuaciones en las escalas clínicas, pone en duda la interpretabilidad del perfil completo resultante.

La escala L, originalmente llamada escala de "Mentira" del MMPI, fue diseñada para detectar un intento ingenuo y no sofisticado de

presentarse a sí mismo de manera muy favorable. Los reactivos de la escala L fueron derivados en forma racional y cubren situaciones de la vida diaria para evaluar la intensidad de la indisposición de la persona para admitir incluso una debilidad menor en su carácter o personalidad. Un ejemplo de reactivo de la escala L es: "yo no leo todos los editoriales en el periódico todos los días". La mayoría de las personas estarían bastante dispuestas a admitir que no leen todos los editoriales diariamente, pero una persona determinada a presentarse a sí misma de una manera favorable, no estaría dispuesta a admitir esto que percibe como un punto débil.

La escala F del MMPI fue diseñada para detectar individuos que enfocan la tarea de resolver la prueba en una forma diferente de la que intentan los autores de la misma. Los reactivos de la escala F fueron seleccionados examinando para cada uno la frecuencia de aprobación del grupo normal de Minnesota e identificando aquéllos aprobados en una dirección particular por menos de 10% de los normales. Obviamente, ya que pocas personas normales aprueban un reactivo en esa dirección, una que lo apruebe de igual manera, muestra una respuesta incorrecta.

La escala K del MMPI fue diseñada para identificar la defensividad clínica. Los reactivos en esta escala fueron seleccionados empíricamente al comparar las respuestas de un grupo de pacientes conocidos como clínicamente desviados pero que producían perfiles MMPI normales con un grupo de personas que producían perfiles MMPI normales y para quienes no había indicios de psicopatología. Se intentaba que una puntuación K alta fuera indicativa de defensividad y cuestionara las respuestas de la persona a todos los demás reactivos. La escala K también

fue usada para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas. Hathaway y McKinley razonaron que, si el efecto de una actitud defensiva al contestar la prueba se reflejaba por una puntuación K alta y disminuía las puntuaciones en las escalas clínicas, quizá uno pudiera ser capaz de determinar la extensión en que las puntuaciones de las escalas clínicas deben elevarse para reflejar con mayor exactitud la conducta de una persona. Al comparar la eficiencia de cada escala clínica con diversas porciones de la escala K agregadas como factor de corrección, McKinley y cols. determinaron el peso apropiado de la puntuación de la escala K para cada escala clínica y corregirla en base a la defensividad indicada por ésta. Algunas escalas clínicas no tienen corrección K del todo, ya que la puntuación cruda por sí sola en ellas, parece producir la predicción más exacta sobre el estado clínico de la persona. Otras, tienen proporciones de K, en un rango de .2 a 1.0, agregadas para elevar de manera apropiada las escalas clínicas.

ENFOQUE ACTUAL PARA LA UTILIZACION DEL MMPI

Después de una década de uso clínico y estudios de validación adicionales es evidente que el MMPI no era adecuadamente exitoso para el propósito para el que había sido desarrollado en sus inicios, es decir, el psicodiagnóstico válido de un paciente nuevo. Aunque los pacientes en cualquier categoría clínica particular (por ejemplo, depresión) tenían la probabilidad de obtener puntuaciones altas en la escala clínica correspondiente, también las obtenían a menudo en otras. Además, muchos sujetos normales también obtenían puntuaciones altas en una o más de las

escalas clínicas. Estas no son medidas puras de los síndromes de síntomas sugeridos por sus nombres.

Diversas razones se han insinuado para explicar el fracaso del MMPI por alcanzar su propósito original. A partir de más investigaciones se encontró que muchas de las escalas clínicas del MMPI están muy intercorrelacionadas haciendo de igual manera improbable que una sola escala fuera elevada para un individuo. Además, la falta de confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos específicos por sí mismos contribuyó a su fracaso para diferenciar entre grupos clínicos.

Aunque la falla de las escalas del MMPI para diferenciar entre grupos clínicos pudo haber sido fastidiosa en la década de 1940, ésta no es particularmente crítica en la actualidad. Hoy en día, los clínicos en ejercicio ponen menos énfasis en las denominaciones diagnósticas per se. La evidencia acumulada sugiere que la nosología psiquiátrica no es tan útil como el diagnóstico médico. La información en una historia psiquiátrica de que el diagnóstico de un paciente es esquizofrenia, por ejemplo, no nos dice mucho sobre la etiología del trastorno para ese individuo o sobre los procedimientos terapéuticos recomendados.

Por esta razón, el MMPI en la actualidad se usa en una forma muy diferente de la que originalmente se intentó utilizar. Se supone que las escalas clínicas están midiendo algo, debido a las diferencias confiables encontradas entre individuos que pertenecen a diferentes grupos clínicos de referencia. El nuevo enfoque trata cada escala del MMPI como una entidad desconocida y, a través de la experiencia clínica e investigación empírica, se identifican los correlatos de cada escala.

Cuando una persona obtiene una puntuación en una escala en particular, el clínico le atribuye las características y conductas que a través de la investigación y experiencia previas se han identificado para otros individuos con puntuaciones semejantes en esa escala. Para disminuir la probabilidad de que el exceso de significado se atribuya debido a los nombres de las escalas clínicas, los siguientes números de escala se asignaron a las escalas clínicas originales y en la actualidad reemplazan las denominaciones clínicas:

| Número de escala actual | Nombre de la escala desechado |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1 | Hipocondriasis |
| 2 | Depresión |
| 3 | Histeria |
| 4 | Desviación Psicopática |
| 5 | Masculinidad-Feminidad |
| 6 | Paranoia |
| 7 | Psicastenia |
| 8 | Esquizofrenia |
| 9 | Hipomanía |
| 0 | Intervención Social |

Así, por ejemplo, cuando se comentan de un paciente entre ellos mismos, los expertos en el MMPI suelen referirse a él o ella como un "cuatro-nueve" o un "uno-dos-tres", frases descriptivas resumidas que comunican

al interlocutor las descripciones conductuales particulares asociadas con el síndrome "4-9" ó "1-2-3".

Además de identificar los correlatos empíricos de las puntuaciones altas en cada una de las escalas numeradas mencionadas, también es posible localizar los correlatos empíricos de las puntuaciones bajas y para diversas combinaciones de puntuaciones en las escalas (por ejemplo, la escala más alta en el perfil, las dos escalas más altas en el perfil, etc.). Algunos investigadores han desarrollado reglas muy complejas para clasificar los perfiles MMPI individuales e identificados correlatos de perfiles conductuales-empíricos que satisfacen esos criterios. Por tanto, aún cuando el MMPI no ha tenido éxito en términos de su propósito original (diagnóstico diferencial de grupos clínicos que en la década de 1930 se creía eran tipos psiquiátricos determinados), después ha probado que es posible utilizar la prueba para generar descripciones e inferencias sobre individuos (normales y pacientes) con base en sus propios perfiles MMPI. Este es el nuevo enfoque de descripción conductual para la utilización del MMPI en la práctica diaria que le ha dado a este instrumento una gran popularidad entre los clínicos en ejercicio.

LAS ESCALAS CLINICAS

La definición de puntuación alta en las escalas clínicas ha variado considerablemente en la literatura. Algunos autores consideran una puntuación T arriba de 70 como alta. Otros las han definido en tér

minos del cuartil superior en una distribución. Algunos más han presentado descripciones para diversos niveles de puntuación T. Otro enfoque ha sido identificar la escala más elevada en el perfil (punto alto) sin importar su valor de puntuación T. Un examen cuidadoso de la literatura sugiere que surge básicamente el mismo panorama general para aquellos sujetos que obtienen puntuaciones altas sin importar cuál de las definiciones anteriores se utilice.

En general, entre más altas las puntuaciones es más probable, que las descripciones que se presentan más adelante, sean aplicables a un examinando. Además, quizá la intensidad y prominencia de los síntomas o conductas inferidas extraprueba, se incrementen conforme aumenta la elevación de una escala. Siempre que los datos indiquen claramente que son apropiadas diferentes descripciones para diversos niveles de puntuaciones altas, se discutirán estas diferencias.

Se dispone de una información limitada en relación con el significado de las puntuaciones bajas en las escalas clínicas. Aunque a menudo se ha supuesto que los que obtienen puntuaciones bajas en una escala se caracterizan por la ausencia de rasgos, conductas o ambos, que están presentes en los que obtienen puntuaciones altas, éste no siempre es el caso. Aún cuando las puntuaciones bajas se han definido en diferentes formas en la literatura, por lo general, es aceptable considerar las puntuaciones T menores que 45 como bajas.

La escala 1 originalmente se desarrolló para identificar pa-

cientes que manifestarán un patrón de síntomas asociados con la clasificación de hipocondría. El síndrome se caracteriza en términos clínicos por preocupación con el cuerpo y temores concomitantes a la enfermedad. Aunque éstos no son de carácter delirante, son bastante persistentes.

De todas las edades clínicas del MMPI, ésta parece ser la de naturaleza más claramente escalas unidimensional. El total de los 33 reactivos en la escala están asociados con las preocupaciones somáticas o con el funcionamiento físico en general. Los estudios de análisis factorial indican que gran parte de la variación en las puntuaciones de la escala 1 se explica por un solo factor, caracterizado por la negación de la buena salud y la admisión de una variedad de síntomas somáticos.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 1

Como podía esperarse, los que obtienen puntuaciones altas se caracterizan por una preocupación corporal excesiva. Tienden a quejas por lo general, vagas e inespecíficas, particularizándose conforme las puntuaciones se elevan más. Cuando surgen los síntomas específicos tienden a ser de naturaleza epigástrica. La fatiga crónica, el dolor y la debilidad también son características de las personas con puntuaciones elevadas. Aunque los pacientes médicos con problemas físicos auténticos muestran casi siempre puntuaciones algo elevadas en la escala 1, éstas son considerablemente menores que las obtenidas por pacientes psiquiátricos con reacciones de somatización. El que esas puntuaciones altas en la escala 1 tiendan a asociarse con trastornos neuróticos, se sugiere por la presencia de diagnósticos clínicos como hipocondría, neurastenia,

depresión o ansiedad en pacientes psiquiátricos que obtienen puntuaciones altas en esta escala psicopática.

Quienes obtienen puntuaciones altas en la escala 1 en las muestras psiquiátricas y normal, se caracterizan por una serie más bien distinta de atributos de personalidad. Es probable que sean egoístas, ego céntricos y narcisismo. Su concepto de la vida es pesimista, derrotista y cínico. Por lo general, están insatisfechos e infelices y es probable que hagan sentirse incómodos y mal a los que lo rodean. Se quejan en forma constante y se comunican con lloriqueos. Demandan mucho de los demás y son muy críticos con lo que hacen los otros. Es probable que expresen hostilidad de formas más bien indirecta. Las puntuaciones en la escala 1 parecen correlacionarse negativamente con la capacidad intelectual y los que obtienen puntuaciones altas a menudo se describen como torpes, poco entusiastas, sin ambiciones y sin facilidad de expresión oral.

Por lo general, no exhiben mucha ansiedad manifiesta y no muestran signos de incapacidad mayor. Más bien, parecen funcionar a un nivel de eficiencia reducido. Es más probable que los problemas provengan de mucho tiempo atrás a que sean de naturaleza situacional o transitoria.

Debido a su falta de "insight" y su concepto generalmente cínico, los que obtienen puntuaciones altas no responden muy bien a la psicoterapia. Tienden a criticar mucho a sus terapeutas y a terminar la relación cuando perciben que él no les da suficiente apoyo y atención.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 1

Debido a que es de naturaleza unidimensional, los que obtienen puntuaciones bajas tienden a ser lo opuesto de aquéllos que obtienen puntuaciones altas. Además de estar libres de preocupaciones somáticas, parecen ser optimistas, alertas, sensibles, conocedores de sí mismos y, por lo común, efectivos en sus vidas diarias.

ESCALA 2 (DEPRESION)

La escala 2 se desarrolló originalmente para evaluar, la depresión sintomática. Las características principales de ésta son pesimismo, falta de esperanza en el futuro e insatisfacción general con la propia situación de vida. Muchos de los 60 reactivos tratan diversos aspectos de la depresión como la negación de la fecilidad y el mérito personal, retardo psicomotor, abandono y ausencia de interés en lo que les rodea. Otros reactivos, cubren una variedad de síntomas y conductas, incluyendo quejas físicas, preocupación o tensión, rechazo de impulsos, dificultad para controlar los procesos de pensamiento propios y fervor religioso. La escala 2 parece ser un índice excelente del descontento e insatisfacción del examinando con respecto a su situación vital. En tanto que las puntuaciones muy altas pueden sugerir depresión clínica, las más moderadas indican una actitud general o estilo de vida caracterizado por pesimismo y falta de participación.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 2

Los individuos que obtienen puntuaciones elevadas en esta escala (particularmente si las puntuaciones T sobrepasan los 80) a menudo exhiben síntomas depresivos. Pueden informar que se sienten deprimidos, tristes, infelices o disfóricos. Tienden a ser muy pesimistas sobre el futuro en general y más específicamente sobre la probabilidad de resolver sus problemas y lograr una mejor adaptación. Son comunes los sentimientos de autodesprecio y culpa. Las manifestaciones conductuales pueden incluir rechazo a hablar, llanto y retardo psicomotor. Los pacientes con puntuaciones altas a menudo reciben diagnósticos de depresión, siendo el más común la neurosis depresiva (depresión reactiva). Otros síntomas con frecuencia encontrados en quienes obtienen puntuaciones altas, incluyen quejas físicas, debilidad, fatiga a pérdida de energía, agitación y tensión. También se describen como irritables, muy nerviosos y propensos a la preocupación.

Estos individuos también muestran una notable falta de seguridad en sí mismos. Informan sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar en diversas situaciones.

Es común un estilo de vida caracterizado por abandono y falta de compromiso íntimo con otras personas. Los que obtienen puntuaciones altas tienden a describirse como introvertidos, tímidos, retraídos, asustadizos, solitarios y reservados. A menudo tienen un rango gravemente restringido de intereses y pueden abandonar las actividades en las que previamente habían participado.

Pueden tener gran dificultad en tomar decisiones, inclusive las más simples. Son sumamente controlados y rechazan su propios impulsos.

Debido a que una puntuación alta en la escala 2 sugiere gran desolación personal, puede indicar un buen pronóstico para la psicología. Sin embargo, hay algunas evidencias de que estas personas dan por terminado el tratamiento en cuanto pasa la crisis inmediata.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 2

Quienes obtiene puntuaciones bajas están mucho más cómodos que aquéllos con puntuaciones elevadas. Indican que no experimentan tensión, ansiedad, culpa ni depresión y que se sienten relajados y a gusto. Tienen seguridad en sí mismos y, por lo general, son emocionalmente estables y capaces de funcionar con eficiencia en la mayor parte de las situaciones. Son alegres, optimistas y tienen pocas dificultades en su expresión verbal. Están alertas, son activos y dinámicos. Buscan responsabilidades adicionales y son vistos como bastante competitivos por los demás.

Se sienten cómodos en las situaciones sociales y son más bien rápidos para asumir el liderazgo. parecen ser ingeniosos, graciosos y animados, y por lo general, producen una primera impresión muy favorable.

Los que obtienen puntuaciones bajas también son algo impulsivos y con poco control. Su falta de inhibiciones los lleva a ser algo presumidos, exhibicionistas, pueden provocar hostilidad y resentimiento

en los demás. Además, a menudo se encuentran en conflicto con las figuras de autoridad.

ESCALA 3 (HISTERIA)

Esta escala se desarrolló para identificar individuos que utilizaban reacciones histéricas ante las situaciones de tensión. El síndrome histérico se caracteriza por pérdida psicogénica involuntaria o trastorno de la función.

Los 60 reactivos que la forman son de dos tipos generales. Algunos de ellos tienen que ver con una negación general de la salud física y una variedad de quejas somáticas algo más específicas, incluyendo dolor del corazón o pecho, náusea y vómito, sueño irregular y dolor de cabeza. Otro grupo de reactivos se refiere más bien a una negación general de los problemas psicológicos o emocionales y a una inconformidad en las situaciones sociales. Aunque estos dos grupos de reactivos son razonablemente independientes en sujetos normales, los que utilizan defensas histéricas parecen obtener puntuaciones altas en ambos grupos. De hecho, no es posible obtener una puntuación T mayor que 70 en la escala 3 sin reconocer por sí mismos ambos tipos de reactivos.

Las puntuaciones en la escala 3 se relacionan con la capacidad intelectual, los antecedentes educativos y la clase social. Los sujetos brillantes, bien educados y de clase social más alta obtienen puntuaciones más elevadas. Además, las puntuaciones altas, particularmente, cuando la escala 3 está en el punto más alto en el perfil, son mucho más comunes para mujeres que para hombres, en poblaciones normales y psiquiá-

tricas.

Como una excepción a la afirmación general hecha, es importante tomar en cuenta el nivel de las puntuaciones en esta escala. En tanto que las elevaciones marcadas (T 80) sugieren un trastorno patológico caracterizado por una sintomatología histérica clásica, los niveles moderados se asocian con una variedad de características consistentes con los trastornos histéricos pero que no incluyen los síntomas histéricos clásicos.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 3

Las elevaciones notorias pueden sugerir personas que reaccionan ante la tensión y evitan la responsabilidad desarrollando síntomas físicos. Los síntomas extraprueba por lo general no corresponden al patrón de ningún trastorno orgánico conocido. Pueden incluir, en alguna combinación, dolores de cabeza y pecho, debilidad, taquicardia y ataques de ansiedad aguda. No obstante, estas personas pueden estar asintomáticas la mayor parte del tiempo, pero bajo tensión los síntomas aparecen de repente; y es probable que desaparezcan de igual manera cuando pasa la tensión.

Con excepción de los síntomas físicos, estas personas están relativamente libres de otros síntomas. Aunque algunas veces se describen a sí mismas como propensas a la preocupación, no es probable que informen ansiedad, tensión o depresión. Son raras las alucinaciones, delirios y suspicacia. El diagnóstico más frecuente entre los pacientes psiquiátricos es neurosis histérica (histeria conversiva).

Una característica sobresaliente del funcionamiento diario de estos individuos es una notable falta de "insight" relativo a las posibles causas subyacentes de sus síntomas. Además, muestran poco "insight" en relación con sus propias motivaciones y sentimientos.

Quienes obtienen puntuaciones altas se describen a menudo como psicológicamente inmaduros en extremo y a veces incluso pueriles o infantiles. Son muy egocéntricas; narcisistas y egoístas, esperan una gran atención y afecto de los demás. En ocasiones utilizan medios indirectos para obtener la atención y afecto que desean. Cuando los demás no responden apropiadamente, pueden volverse hostiles y resentidos, pero es probable que esos sentimientos se nieguen y no se expresen abiertamente o directamente.

Se comprometen emocionalmente, son amigables, apalanchines, entusiastas y alertas. Aunque no necesitan de afecto y atención los conduce hacia las interacciones sociales, sus relaciones interpersonales tienden a ser más bien superficiales e inmaduras. Están interesados en otras personas principalmente por lo que pueden obtener de ellas y no por un interés sincero en los demás.

en ocasiones presentan poco control sobre impulsos sexuales o agresivos poniendo poca atención o al parecer sin comprender lo que están haciendo. Cuando se les enfrenta con la realidad de su conducta, pueden sorprenderse y sentirse resentidos y perseguidos.

Debido a sus necesidades de aceptación y afecto, los que obtienen puntuaciones altas pueden inicialmente estar muy entusiasmados con la psicoterapia. A menudo responden bien a las sugerencias y conse

jos directos. Sin embargo, son lentos para obtener "insight" respecto a las causas subyacentes de su conducta y resistentes a las interpretaciones psicológicas. Los problemas que presentan estos individuos con frecuencia incluyen preocupación por el fracaso en la escuela o el trabajo, infelicidad marital, falta de aceptación de sus grupos sociales y problemas con las figuras que representan autoridad. Las historias con frecuencia incluyen un padre rechazante ante el que las mujeres reaccionan con quejas somáticas y los hombres con rebeldía u hostilidad abiertas.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 3

Los que obtienen puntuaciones bajas son más bien limitados, convencionales y conformistas en sus conductas habituales. Los demás los describen como arriesgados no laboriosos y con un rango de intereses estrecho.

Son fríos, reservados y pueden exhibir lentificación en la expresión del afecto. Son muy limitados en sus intereses, participación social y evitan las responsabilidades del liderazgo. A menudo son vistos como poco sociables testarudos y difíciles de conocer, tienen dificultades para confiar en otras personas, y en general, parecen ser más bien suspicaces.

Son realistas, lógicos y centrados en su enfoque de los problemas, no es probable que tomen decisiones de manera impulsiva. Parecen estar contentos con lo que los demás juzgarían como una situación en la vida más bien sin cambios e incidentes.

ESCALA 4 (DESVIACION PSICOPATICA)

La escala 4 se desarrolló para identificar a pacientes diagnosticados con personalidad psicopática, del tipo asocial o amoral. En tanto que los sujetos incluidos en el grupo criterio original se caracterizaban en su conducta diaria por actos delictivos como mentir, robar, promiscuidad sexual, alcoholismo, etc., no se incluían tipos criminales mayores. Los 50 reactivos en esta escala cubren un amplio rango de temas incluyendo falta de satisfacción en la vida, problemas familiares, delincuencia, problemas sexuales y dificultad con la autoridad. Es interesante notar que las respuestas claves incluyen tanto la aceptación de una inadaptación social y afirmaciones de equilibrio y confianza sociales.

Las puntuaciones están relacionadas con la edad. Los adolescentes y estudiantes universitarios a menudo obtienen un rango de puntaje entre 55 y 65.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 4

Quienes obtienen puntuaciones altas tienen gran dificultad en incorporar los valores y normas sociales, es probable que se involucren en una amplia gama de conductas asociales o antisociales. Estas pueden incluir mentira, estafa y robo. No son poco comunes el "acting out" sexual y el uso excesivo del alcohol, drogas o ambos. Son rebeldes hacia las figuras que representan autoridad y con frecuencia están en conflicto con autoridades de una clase o de otra. A menudo tienen relaciones

tempestuosas con sus familias, y culpan a los padres de sus dificultades. El bajo aprovechamiento escolar, la historia de trabajo deficiente y los problemas en el matrimonio son característicos de los que obtienen puntuaciones altas.

Son individuos muy impulsivos que procuran la satisfacción inmediata de sus impulsos. Con frecuencia no planean su conducta muy bien y pueden actuar sin considerar las consecuencias de sus actos. Son muy impacientes y tienen una tolerancia a la frustración limitada. Sus conductas pueden incluir un juicio escaso y corren riesgos innecesarios. No se benefician de las experiencias y pueden meterse una y otra vez en las mismas dificultades.

A quienes obtienen puntuaciones altas los describen como inmaduros e infantiles. Son narcisistas, egoístas, interesados y egocéntricos. Su conducta a menudo es ostentosa exhibicionista. Son insensibles a las necesidades y los sentimientos de otras personas, se interesan en los demás en términos de la forma en que pueden utilizarlos. Aunque se ven como agradables y por lo general, crean una buena impresión;-sus relaciones con otros son superficiales.

Estos individuos tienden a ser muy hostiles y agresivos. Su actitud se caracteriza por el sarcasmo y cinismo. Son muy rencorosos y rebeldes, están propensos a liberar sus impulsos agresivos. También se describen como antagónicos y opositoristas. Son comunes los arrebatos agresivos, algunas veces acompañados por conducta violenta, y con frecuencia, dicha conducta no se ve relacionada con sentimientos de culpa. En tanto que estos individuos con puntuaciones pueden simular cul-

pa y remordimiento cuando sus conductas los meten en problemas, dichas respuestas duran poco, desapareciendo cuando pasa la crisis inmediata. Por lo general, ellos están libres de sentimientos incapacitantes, ansiedad y depresión.

Debido a su facilidad verbal, su modo sociable y sus recursos intelectuales aparentes quienes obtienen puntuaciones altas, a menudo se perciben como buenos candidatos para la psicoterapia. Desafortunadamente, el pronóstico de cambio es malo. Aunque pueden acceder al tratamiento para evitar algo más desagradable (por ejemplo, la cárcel o el divorcio), por lo general, son incapaces de aceptar la culpa de sus propios problemas y dan por terminado el tratamiento tan pronto como le es posible. Utilizan la intelectualización y culpan a los demás de sus dificultades.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 4

Quienes obtienen puntuaciones bajas son muy convencionales, conformistas y aceptan la autoridad. Son bastante pasivos, sumisos y tímidos. Se preocupan sobre la forma en que los demás reaccionarán con ellos y son sinceros y confiados en sus relaciones interpersonales.

Los que obtienen puntuaciones bajas se caracterizan por un nivel de impulso bajo. Aunque se interesan por su nivel y seguridad, no son competitivos. Tienen un rango de intereses limitado y aún cuando no son creativos o espontáneos en su enfoque de los problemas son muy persistentes. También son vistos como moralistas y rígidos en sus opiniones.

petitivos y perseverantes. Son listos, de ideas claras, organizados y lógicos, muestran buen juicio y sentido común. son muy curiosos, pueden ser creativos, imaginativos e individualistas en su enfoque de los problemas.

También los caracterizan la sociabilidad y sensibilidad hacia los demás son muy tolerantes con los demás y capaces de expresar sentimientos cálidos hacia ellos. En las situaciones interpersonales los hombres con puntuaciones elevadas son muy pasivos, dependientes y sumisos. Son amantes de la paz y harán muchas concesiones para evitar enfrentamientos.

Hay algunas evidencias de que éstas son indicativas de buen autocontrol. La conducta de "acting out" es bastante rara entre ellos. Incluso en subgrupos con un alto grado de delincuencia, los hombres con puntuaciones altas no muestran probabilidades de exhibir conducta delictiva.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 5 (MUJERES)

La característica más sobresaliente de las mujeres que obtienen puntuaciones altas es su rechazo al papel tradicional de la mujer. Sus intereses en los deportes, pasatiempos, otras actividades y la elección de ocupación y profesión, tienden a ser más tradicionalmente masculinos. Son descritas como activas, vigorosas y asertivas. También se inclinan a ser muy competitivas, agresivas, dominantes y son vistas por los demás como bastantes toscas, rudas y fuertes.

ninas. Un análisis cuidadoso de los datos de hombres y mujeres que obtienen puntuaciones elevadas indica que esa interpretación es una simplificación exagerada. Por tanto, las puntuaciones alta y bajas se analizan por separado para cada uno.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 5 (HOMBRES)

Aunque ha habido gran renuencia a inferir la homosexualidad a partir de las puntuaciones altas, la posibilidad de tendencias homoeróticas o conducta homosexual debe considerarse cuando se obtienen elevaciones extremas, particularmente si las puntuaciones se desvían notablemente de lo esperado en base a la inteligencia, educación y clase social de los sujetos. Por supuesto, uno puede tratar de buscar otros datos que lo conformen, antes de concluir que un sujeto es homosexual. Las puntuaciones altas también puede ser indicativas de conflictos con la identidad sexual e inseguridad en el propio papel masculino, y los que obtienen puntuaciones altas pueden exhibir conductas claramente afeminadas.

Las puntuaciones altas para hombres son indicativas de una falta de intereses masculinos estereotipados. Los hombres que obtienen puntuaciones elevadas poseen intereses estéticos y artísticos, es probable que participen en actividades de cocina y cuidado de niños en mayor grado que la mayoría de los hombres.

Los hombres que las obtienen son inteligentes, capaces y valoran la búsqueda cognoscitiva. Se caracterizan por ser ambiciosos, com

puntuaciones crudas, las conversiones a puntuaciones T se invierten para los sexos, de modo que una puntuación cruda alta para los hombres automáticamente se transforma por medio de la misma hoja del perfil en una puntuación T alta, en tanto que la misma puntuación para las mujeres se transforma en una T baja. El resultado es que una puntuación T alta para ambos sexos es indicativa de una desviación del propio sexo.

Aunque algunos de los 60 reactivos se refieren a material francamente sexual, la mayor parte no son de esta naturaleza y cubren una diversidad de temas, incluyendo intereses en el trabajo, aficiones y pasatiempos, preocupaciones, temores y sensibilidades, actividades sociales, preferencias religiosas y relaciones familiares.

Las puntuaciones en la escala 5 se relacionan con la inteligencia, educación y nivel socioeconómico, de modo que los sujetos brillantes, bien educados y de clase social alta obtienen puntuaciones más elevadas. No es poco común que los estudiantes universitarios o las personas con educación profesional obtengan puntuaciones en un rango de T de 60 a 70. Esas elevaciones esperadas son particularmente importantes para determinar cuáles deben considerarse como extremas. Aunque una puntuación T de 80 se consideraría extrema para una persona con una educación formal limitada y de clase social baja, sería sólo una elevación moderada para una persona mejor educada de clase media o media alta.

Debido a la inversión de la puntuación, las T altas tienen significados diferentes para hombres y mujeres. Algunos autores han sugerido que las puntuaciones altas para los hombres son equivalentes a las bajas para las mujeres y que ambas indican intereses y actitudes feme-

Son muy críticos consigo mismos y es común una autoinsatisfacción injustificable. Aceptan los consejos y las sugerencias. Aunque pueden responder inicialmente bien a la psicoterapia, se vuelven muy dependientes del tratamiento y a menudo temen aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

ESCALA 5 (MASCULINIDAD-FEMINIDAD)

Hathaway y McKinley desarrollaron esta escala para identificar a los hombres homosexuales. Debido a la heterogeneidad de la muestra homosexual, los autores de la prueba pudieron identificar sólo un número muy pequeño de casos caracterizados por inversión sexual y relativamente libres de tendencias neuróticas, psicóticas y psicopáticas. Por tanto, los reactivos también se agregaban a esta escala si diferenciaban entre los hombres que obtenían puntuaciones altas y bajas en la Prueba de Interés y Actitud de Terman y Miles, o si eran aprobados diferencialmente por hombres y mujeres normales. Aunque Hathaway y McKinley consideraban esta escala como preliminar, pasó a ser utilizada en su forma original como una escala clínica estándar.

Los autores de la prueba intentaron sin éxito desarrollar una escala correspondiente para identificar la inversión sexual en las mujeres. Como resultado, el procedimiento estándar es utilizar la escala 5 para hombres y mujeres. Cincuenta y cinco de los reactivos están codificados en la misma dirección para ambos sexos, en tanto que cinco de ellos, todos relativos a material francamente sexual, están codificados en direcciones opuestas para hombres y mujeres. Después de obtener las

Son muy sociables, desinhibidas y seguras de sí mismas. Tienen una manera de proceder fácil, relajada y equilibrada. Su conducta es más bien lógica y calculadora, pueden no ser muy emotivas. Son vistas por muchas personas como poco amistosas.

Entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados, las mujeres con puntuaciones elevadas tienen a diagnosticarse como psicóticas. Pueden exhibir alucinaciones, delirios y suspicacias, pero no es común que presenten conducta de "acting out".

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 5 (HOMBRES)

Los hombres que obtienen puntuaciones bajas se presentan a sí mismos como extremadamente masculinos. La conducta y el habla vulgares, groseros y ordinarios no son poco comunes. La naturaleza exagerada de sus actitudes y conductas que pueden estar cubriendo dudas básicas sobre su propia masculinidad.

Los hombres con puntuaciones bajas son vistos por los demás como limitados en su capacidad intelectual. Prefieren la acción al pensamiento y son prácticos y no teóricos. También los describen como alegres, joviales y divertidos. Creen estar razonablemente contentos y dispuestos a casarse. Sin embargo, parecen ignorar sus valores sociales y carecen de "insight" sobre sus propias motivaciones.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 5 (MUJERES)

Comparativamente hay poca información disponible en relación

con las mujeres que obtienen puntuaciones bajas en esta escala. Sin embargo, es claro que estas mujeres se describen en términos de un papel estereotipado. Nuevamente, como en los hombres con puntuaciones bajas, la naturaleza exagerada de sus actitudes y conductas sugieren que pueden estar encubriendo dudas sobre su propia adecuación como mujeres. Tienen a ser muy pasivas, sumisas y condescendientes.

ESCALA 6 (PARANOIA)

La escala 6 originalmente se desarrolló para identificar pacientes que eran juzgados con síntomas paranoides como ideas de referencia, sentimientos de persecución, ideas de grandeza, suspicacia, sensibilidad excesiva, opiniones y actitudes rígidas. Aunque la escala se consideraba como preliminar debido a problemas de validez cruzada, una razón primordial para retenerla es que produce relativamente pocos falsos positivos. Las personas que obtienen puntuaciones altas en la escala, por lo general, tienen síntomas paranoides. Sin embargo, algunos pacientes con estos síntomas claros son capaces de lograr puntuaciones promedio.

Aunque algunos de los 60 reactivos se relacionan con conductas francamente psicóticas (suspicacia, ideas de referencia, delirios de persecución, grandeza, etc.), muchos cubren temas tan diversos como sensibilidad, cinismo, conducta asocial, virtud moral excesiva, rigidez y quejas sobre otras personas. Es muy posible obtener una puntuación T mayor de 70 sin aprobar ninguno de los reactivos francamente psicóticos.

Aun cuando las puntuaciones en la escala 6 son razonablemente independientes de la edad, educación e inteligencia, los negros obtienen de manera consistente puntuaciones mayores que los blancos. Más que sugerir una psicopatología total, estas puntuaciones elevadas pueden reflejar los conceptos de muchos negros que sufren injusticias en la vida y cuyas actitudes son, por lo general, recelosas en relación con las motivaciones de los blancos.

La interpretación de las puntuaciones en ésta es muy complicada debido a que la escala no es de naturaleza claramente bipolar. Las puntuaciones muy desviadas ($T = 75$), por lo general, sugieren una conducta francamente paranoide o psicótica. Las elevaciones más moderadas ($T = 65$ a 75) se asocian con una predisposición paranoide. Las elevaciones medias ($T = 55$ a 65), casi siempre, las obtienen personas descritas en términos muy positivos. Las puntuaciones bajas moderadas ($T = 35$ a 45) tienen diferentes significados para los sujetos normales y trastornados. Los primeros se ven en términos generalmente positivos en tanto que, los últimos se describen en forma más negativa. Cuando las puntuaciones son extremadamente bajas ($T = 35$), en especial si la escala es la menor en el perfil, se sospecha conducta paranoide o psicótica, pero puede ser menos evidente que la de las elevaciones extremas. Debido a la complejidad de la escala, una dicotomización simple en puntuaciones altas y bajas sería una simplificación excesiva.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 6

Cuando se eleva por arriba de una puntuación T de 75, y especialmente

también cuando es la más alta en el perfil, los sujetos pueden exhibir conductas francamente psicóticas. Su pensamiento está perturbado y quizá tengan delirios de persecución y/o grandeza. Las ideas de referencia también son comunes. Pueden sentirse maltratados y criticados; ser coléricos, rencorosos y quizá guarden resentimiento. La proyección es un mecanismo de defensa común. Los diagnósticos de esquizofrenia paranoide o estado paranoide son los más frecuentes.

Cuando las puntuaciones están dentro de un rango de 65 a 75 en la puntuación T, no son tan comunes los síntomas francamente psicóticos. Sin embargo, los sujetos que están dentro de este rango se caracterizan por una variedad de rasgos y conductas que pueden sugerir una predisposición paranoide. Tienden a ser excesivamente sensibles y demasiado impresionables con las opiniones de los demás. Sienten que la vida es injusta con ellos y tienden a racionalizar y culpar a los demás de sus propias dificultades. Además, son vistos como suspicaces y reservados. Son comunes la hostilidad, el resentimiento y la tendencia a discutir. Tienden a ser muy moralistas y rígidos en sus opiniones y actitudes. Es probable que le pongan un énfasis excesivo a la racionalidad. El pronóstico para la psicoterapia es malo, debido a que a estos sujetos no les gusta hablar sobre problemas emocionales y es probable que racionalicen la mayor parte del tiempo. Tienen mucha dificultad para establecer el "rapport" con los terapeutas. En la terapia, es probable que manifiesten hostilidad y resentimiento hacia los miembros de su familia.

Los sujetos que obtienen puntuaciones T en un rango de 55 a 65 por lo general, son vistos de manera bastante positiva, particular-

mente si no son pacientes psiquiátricos. Los describen como amables, afectuosos, generosos, sentimentales, bondadosos y pacíficos. También tienden a ser perceptivos hacia lo que les rodea y confían en los demás. Aunque son cooperadores, tienden a ser más bien sinceros. Tienen un amplio rango de intereses y parecen ser enérgicos y laboriosos. Muestran mucha iniciativa y se involucran en el trabajo y demás actividades. Son vistos como equilibrados, inteligentes, justos, racionales, de ideas claras y con "insight". En el lado más negativo, son sumisos y dependientes en sus relaciones interpersonales y carecen de seguridad en sí mismos. Se describen como muy nerviosos y propensos a la preocupación.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 6

Las puntuaciones moderadamente bajas (T = 34 a 45) parecen tener significados algo diferentes para sujetos normales y pacientes psiquiátricos o que tienen evidencias de inadaptación. Para los sujetos normales, particularmente si tienen inteligencia y/o educación por arriba del promedio, se sugieren adjetivos más bien positivos, como alegres, equilibrados, serios, ordenados, maduros y razonables. Se ven como prudentes, decisivos y perseverantes. Tienen interés social y tienden a enfrentar las situaciones vitales de manera adecuada. Son confiados y leales. Cautelosos, convencionales y autocontrolados en su enfoque de los problemas. Las puntuaciones en este rango, si se obtienen por sujetos trastornados, sugieren rasgos y conductas negativos. Estos sujetos son vistos como obstinados, evasivos y cautelosos. Es probable que sean egocéntricos y que muestren poco interés por las cosas que no los afec-

tan de manera directa. Son comunes insatisfacción consigo mismos y una sensibilidad excesiva a las reacciones de los demás. Estos sujetos carecen de "insight", de interés y habilidades sociales.

Las puntuaciones extremadamente bajas (T 35) deben alertar al clínico sobre la posibilidad de un trastorno paranoide franco. En tanto los sujetos con puntuaciones en este rango pueden tener delirios, suspicacias e ideas de referencia, éstas pueden ser menos obvias para los de más que las que muestran los que obtienen puntuaciones extremadamente altas. Tienden a ser muy evasivos, defensivos y cautelosos. Más que ser abiertamente hostiles, agresivos y enardecidos, parecen ser más tímidos, reservados y asilados.

ESCALA 7 (PSICASTENIA)

La escala 7 se desarrolló originalmente para medir el patrón sintomático general denominado psicastenia. Aunque no es de uso común en la actualidad, fue muy popular cuando se elaboró la escala. Entre las categorías diagnósticas populares hoy en día, probablemente la neurosis obsesivo-compulsiva esté más cerca a la denominación original de la psicastenia. Las personas diagnosticadas como psicasténicas tenían pensamientos caracterizados por dudas excesivas, compulsivas, obsesiones y temores irracionales. Este patrón sintomático era mucho más común entre los pacientes externos que entre los hospitalizados, por lo que la cantidad de casos disponibles para la construcción de la escala era pequeña.

Los 48 reactivos cubren una variedad de síntomas y conductas.

Muchos de éstos se refieren a pensamientos obsesivos o incontrolables, sentimientos de temor y/o ansiedad y dudas sobre la propia capacidad. También están representados en la escala de infelicidad, quejas físicas y dificultades en la concentración.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 7

La escala 7 es un buen índice de trastorno e inconformidad psicológicas. Los que obtienen puntuaciones altas tienden a ser muy ansiosos, tensos y agitados. Se preocupan mucho, incluso con problemas muy pequeños, son temerosos y aprensivos. Muy nerviosos, asustadizos e informan dificultades para concentrarse.

Los individuos con puntuaciones altas tienden a ser muy intropectivos, pensamientos obsesivos, conducta compulsiva y ritualista, y las rumiaciones son comunes.

En general, las personas que obtienen puntuaciones elevadas son pulcras, ordenadas, organizadas y meticulosas. Son persistentes y confiables, pero carecen de ingenio y originalidad para enfocar sus problemas.

Aunque los que obtienen puntuaciones elevadas pueden sentirse afligidos y devaludados, no responden muy bien a las psicoterapias breves o asesoría. En lugar de adquirir algún "insight" sobre sus problemas, tienden a racionalizar e intelectualizar demasiado. A menudo se resisten a las interpretaciones y pueden expresar mucha hostilidad hacia el terapeuta. Sin embargo, tienden a permanecer en la terapia más que la mayoría de los pacientes pueden mostrar un progreso muy lento pero es

table. Los problemas que se presentan en la terapia pueden incluir dificultades con las figuras de autoridad, hábitos de trabajo o estudio deficientes o preocupación sobre posibles impulsos homosexuales.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 7

Los individuos que obtienen puntuaciones bajas parecen ser muy capaces y bien adaptados. Están libres de temores y ansiedades incapacitantes y tienen mucha seguridad en sí mismos. Son percibidos como calorosos, alegres y amistosos. Tienen un amplio rango de intereses y son responsables, eficientes, realistas y adaptables. El éxito, la posición y el reconocimiento son importantes para ellos.

ESCALA 8 (ESQUIZOFRENIA)

La escala 8 se desarrolló para identificar individuos diagnosticados como esquizofrénicos. Esta categoría incluye un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por los del pensamiento, humor y conducta. Pueden estar presentes la distorsión de la realidad, delirios y alucinaciones. Es común la respuesta emocional ambivalente o limitada. La conducta puede ser aislada, agresiva o excéntrica.

Los 78 reactivos cubren un amplio grupo de conductas. Algunos de ellos se refieren a síntomas francamente psicóticos como mentalidad excéntrica, peculiaridades de la percepción, delirios de persecución y alucinaciones. otros temas cubiertos incluyen aislamiento social, relaciones familiares deficientes, preocupaciones sexuales, dificultades en el control de los impulsos y la concentración.

Las puntuaciones se relacionan con la edad y raza. Los estudiantes universitarios y adolescentes a menudo obtienen puntuaciones T en un rango de 55 a 65, quizá como un reflejo de la confusión asociada con ese periodo de la vida.

Los negros, particularmente hombres, tienden a obtener puntuaciones más elevadas que los blancos. Las puntuaciones elevadas para los negros no necesariamente sugieren una mayor psicopatología abierta. Puede ser simplemente indicativa de un aislamiento y alejamiento sociales experimentados por muchos negros. Algunas elevaciones pueden justificarse en los sujetos que informan una gran cantidad de experiencias, sentimientos y percepciones no comunes relacionados con el uso de drogas.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 8

Aunque debe tenerse cuidado sobre la conclusión de que un sujeto es esquizofrénico sólo con base en la puntuación de esta escala, las T en un rango de 80 a 90 sugieren la posibilidad de un trastorno psicótico extraprueba.

Las puntuaciones extremas en la escala 8 (T 100), por lo general, no son producidas por sujetos psicóticos. Es más probable que sean indicativas de un individuo que tiene un trastorno psicológico agudo o de uno menos perturbado que está aceptando reactivos desviados, como una súplica de ayuda.

Las puntuaciones altas pueden sugerir un estilo de vida esquizoide. Los individuos que obtienen puntuaciones altas tienden a sentirse como si no formaran parte de sus ambientes sociales. Se sienten ais-

lados, apartados incomprendidos y rechazados por sus compañeros. Son re-
traídos, solitarios, reservados e inaccesibles. Pueden evitar tratar con
las personas y evadir situaciones nuevas.

Los que obtienen puntuaciones elevadas experimentan demasiada
ansiedad generalizada. Pueden sentirse muy resentidos, hostiles y agre-
sivos, pero son incapaces de expresar esos sentimientos. Una respuesta
típica a la tensión es el aislamiento o las ensañaciones y fantasías, y
algunos sujetos pueden tener un lapso de dificultad para separar la rea-
lidad y la fantasía.

Aunque pueden tener un amplio rango de intereses y ser creati-
vos e imaginativos en su forma de enfocar los problemas, sus metas, por
lo general; son abstractas y vagas, parecer carecer de la información bá-
sica que se requiere para la solución de problemas.

El pronóstico para la psicoterapia no es bueno debido a la na-
turaleza permanente de los problemas de quienes obtienen puntuaciones ele-
vadas y su renuencia para relacionarse en una manera significativa con el
terapeuta. Sin embargo, estos individuos tienden a permanecer en la te-
rapia más que la mayoría de los pacientes, y finalmente, pueden confiar
en el terapeuta.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 8

Estos individuos tienden a ser amitosos, alegres, bondadosos,
sensibles y confiados. Son vistos como bien equilibrados y adaptables,
responsables y dependientes. Sin embargo, los que obtienen puntuaciones
bajas tienden a ser algo restringidos con sus relaciones, y evitan los

compromisos emocionales profundos con otras personas. En las relaciones interpersonales son sumisos, dóciles y aceptan demasiado a la autoridad.

ESCALA 9 (HIPOMANIA)

La escala 9 se desarrolló básicamente para identificar pacientes psiquiátricos que manifiestan síntomas hipomaniacos. La hipomanía se caracteriza por un humor elevado, habla y actividad motora aceleradas, irritabilidad, descargas de ideas y periodos de depresión breves.

Algunos de los 46 reactivos se refieren específicamente a características del trastorno hipomaniaco (por ejemplo, nivel de actividad, excitabilidad, irritabilidad, grandiosidad). Otros reactivos cubren temas como relaciones familiares, valores y actitudes morales, y preocupaciones corporales o de salud. Una sola dimensión no explica, en gran parte, la variación en las puntuaciones, las fuentes de variación representadas, no se duplican en otras escalas clínicas.

Las puntuaciones en esta escala se relacionan claramente con la edad y raza. Los sujetos más jóvenes (por ejemplo, adolescentes y estudiantes universitarios) típicamente obtienen puntuaciones en un rango T de 55 a 65, y para los sujetos mayores no es raro que las obtengan por debajo de una puntuación T de 50. Los negros típicamente obtienen puntuaciones mayores que los blancos en la escala; las puntuaciones en un rango de T de 60 a 70 no son raras en negros.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA 9

Las elevaciones extremas (T 90) pueden ser sugerentes de

una fase maníaca o de un trastorno maniaco-depresivo. Los pacientes con estas puntuaciones probablemente muestren una actividad excesiva carente de sentido y habla acelerada, y pueden tener alucinaciones y/o delirios de grandeza.

Los sujetos con elevaciones más moderadas tienen una tendencia definida hacia la hiperactividad y una autoevaluación irreal. Quienes obtienen puntuaciones altas son enérgicos, parlanchines y prefieren la acción al pensamiento. Tienen un amplio rango de intereses y es probable que tengan muchos proyectos al mismo tiempo. Sin embargo, no utilizan su energía en forma prudente y con frecuencia no concluyen sus proyectos. Pueden ser creativos, emprendedores e ingeniosos, pero tienen poco interés en la rutina o en los detalles. Tienen a aburrirse e impacientarse muy fácilmente, y su tolerancia a la frustración es muy baja. Tienen mucha dificultad para inhibir la expresión de sus impulsos, y no son raros los episodios periódicos de irritabilidad, hostilidad y explosiones de agresividad. Un optimismo irreal y sin fundamento también es característico de los que obtienen estas puntuaciones. Parecen pensar que nada es imposible y tienen aspiraciones muy elevadas. Además, tienen una estimación exagerada de su propia dignidad y vanidad, no son capaces de ver sus propias limitaciones.

Son muy sociables, amistosos y gregarios, impresionan a los demás por ser amistosos, agradables, entusiastas, equilibrados y seguros de sí mismos, conforme los conocen mejor se percatan de sus manipulaciones, engaños y falta de confianza.

En psicoterapia las escalas altas pueden revelar sentimientos

negativos hacia los padres dominantes, informar dificultades en la escuela o el trabajo y admitir una variedad de conductas delictivas. El pronóstico para la psicoterapia es malo. Los individuos con puntuaciones elevadas son resistentes a las interpretaciones irregulares en su asistencia, y es probable que den por terminada la psicoterapia prematuramente.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 9

Los individuos que obtienen puntuaciones bajas particularmente si la escala es la menor en el perfil, se caracterizan por niveles bajos de energía y actividad. Parecen ser letárgicos, indiferentes, apáticos, flemáticos, y difíciles de motivar. La fatiga crónica y el agotamiento físico no son raros. Puede estar presente la depresión, acompañada por tensión y ansiedad.

son confiables, responsables y dependientes. También tienden a ser algo aislados y retraídos, se ven a sí mismos como no muy populares. Tienden a controlarse en exceso.

ESCALA 0 (INTROVERSION SOCIAL)

Aunque la escala 0 se desarrolló después que las otras escalas clínicas, ha sido tratada como estándar. Se diseñó para evaluar la tendencia de los sujetos a aislarse de los contactos y responsabilidades sociales. Los reactivos fueron seleccionados contrastando a los individuos que obtenían puntuaciones altas y bajas en la escala de Introversión-Extroversión Social de Inventario T-S-E de Minnesota.

Los 70 reactivos son de dos tipos generales. Un grupo se refiere a la participación social, en tanto que el otro, a una inadaptación neurótica general y autodesprecio. Las puntuaciones altas puede obtenerse aceptando cualquier tipo de reactivo o ambos.

PUNTUACIONES ALTAS EN LA ESCALA O

La característica más sobresaliente es la introversión social. Quienes tienen puntuaciones altas se sienten inseguros e incómodos en las situaciones sociales. Tienden a ser tímidos, reservados, asustadizos y retraídos. Se sienten más cómodos cuando están solos o con unos cuantos amigos íntimos, y no participan en muchas actividades sociales. Pueden sentirse especialmente incómodos cuando están rodeados por miembros del sexo opuesto.

Carecen de seguridad en sí mismos y tienden a ser modestos. Son sensibles a lo que se piensa de ellos y es probable que tengan problemas por su falta de compromiso con otras personas. Son excesivamente controlados y es probable que no exhiban directamente sus sentimientos. Son sumisos y condescendientes en sus relaciones interpersonales y aceptan con facilidad a la autoridad. También son descritos como serios y con un ritmo personal lento. Tienden a preocuparse, irritarse y sentirse ansiosos. Son descritos por los demás como muy malhumorados. Los sentimientos de culpa y los episodios de depresión pueden estar presentes.

PUNTUACIONES BAJAS EN LA ESCALA 0

Los individuos que obtienen puntuaciones bajas tienden a ser sociables y extrovertidos. Son sociables, gregarios, amistosos y parlanchines. Tienen una necesidad imperiosa de estar rodeados de personas y se mezclan bien con los demás. Son vistos como inteligentes, con fluidez verbal y expresivos. Son activos, enérgicos y vigorosos. Están interesados en el poder, la posición el reconocimiento y buscan situaciones competitivas.

Los que obtienen puntuaciones bajas tienen problemas con el control de impulsos. Son algo inmaduros y autoindulgentes. Sus relaciones con otras personas pueden ser superficiales y poco sinceras. Puede ser evidente una tendencia a manipular a los demás y a ser oportunista.

COMBINACIONES DE DOS ESCALAS

Desde el comienzo del MMPI, Hathaway y McKinley establecieron claramente que la interpretación configurativa de las puntuaciones de un examinando era más rica en términos del diagnóstico y por tanto más útil que una interpretación que utilizara el examen de las escalas aisladas, sin tomar en cuenta la relación entre éstas. Meehl (1951), Meehl y Dahlstrom (1960), Taulbee y Sisson (1957) y otros autores también subrayan los enfoques configurativos para la interpretación del MMPI. Por tanto algunos de los primeros estudios de validez (por ejemplo, Black, 1953; Guthrie, 1952, Meehl, 1951) agruparon los perfiles de

acuerdo con las dos escalas más elevadas y trataron de identificar conductas confiables extraprueba que se relacionarán únicamente con cada uno de esos tipos de perfil. Otros investigadores (por ejemplo, Gilbertstadt y Duker, 1965; Marks y Seeman, 1963) desarrollaron reglas complejas para clasificar los perfiles multiescalares (es decir aquéllos que utilizan las 10 escalas del MMPI) en grupos homogéneos y trataron de identificar correlaciones extraprueba para cada uno de ellos.

Aunque los clínicos inicialmente se entusiasmaron mucho con el enfoque complejo para la clasificación de los perfiles, se desilusionaron conforme las evidencias clínicas y de investigaciones acumuladas indicaron que, sólo una pequeña proporción de los protocolos del MMPI encontrados en un medio psiquiátrico típico podían clasificarse utilizando los tipos complejos generalmente disponibles. (Fowler y Coyle, 1968; Huff, 1965; Meikle y Gerritse, 1970).

En la actualidad, parece que se ha perdido el interés en las reglas complejas para clasificar los perfiles y ha resurgido el enfoque sencillo de las dos escalas para el MMPI. Gynther y sus colaboradores (Gynther, Altman y Sletten, 1973) y Lewandowski y Graham (1972) han demostrado que pueden identificarse correlaciones confiables extraprueba en los perfiles que se clasifican de acuerdo a sus dos escalas clínicas más elevadas. Una ventaja evidente del enfoque de la combinación de dos escalas es que una gran proporción de los perfiles encontrados en la mayor parte de los ambientes pueden clasificarse en una cantidad razonablemente pequeña de las combinaciones. Marks y cols. (1974), en su reciente revisión y ampliación del trabajo anterior de Marks y Seeman (1963),

reconocen que no hay una pérdida apreciable en la precisión de las descripciones extraprueba resultante del uso de las combinaciones de dos escalas en lugar de sus reglas más complejas para clasificar los perfiles del MMPI.

Si las combinaciones se utilizan de manera intercambiable, entonces hay 40 posibilidades para las 10 escalas clínicas. Muchos estudios de investigación, con las combinaciones de dos escalas, han excluido la 5 y 0, puesto que se agregaron después de la publicación original del MMPI y no se disponía de ellas para los primeros estudios, por esto el lector notará que se presentan pocos ejemplos de combinaciones, inclusive la 5, pero ninguno de la 0.

La interpretación del MMPI tiene que ser entendida, y deberá ser hecha desde 1 punto de vista integral. Esto quiere decir que las interpretaciones acerca de las escalas clínicas debrán entenderse como parciales, y en la inteligencia de que es necesario tener en cuenta el resto de la organización de todas las escalas en el perfil, inclusive de las escalas de validez.

Debe entenderse que las características que se describan, serán más severas en la medida en que los puntajes se observen elevados.

CALIFICACION:

Los puntajes en bruto se obtienen colocando las plantillas sobre la hoja de respuestas, se ven los lugares marcados o rellenos con lápiz y se cuentan anotando al margen de la hoja los resultados. Una vez que contamos con los puntajes en bruto se pasa a la hoja de perfil, utilizando el lado correspondiente al sexo del sujeto. Se agrega

el factor K a las escalas que lo requieren y a partir de esto se traza el perfil.

Actualmente la calificación de las respuestas se facilita mediante la utilización de computadoras que obtienen el perfil correspondiente.

CODIFICACION:

Existen dos sistemas de codificación; el de Hathaway y el de Welsh, nosotros utilizamos el segundo. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Convertir los puntajes en bruto de las escalas a puntajes T.
- Anotar en orden descendiente las puntuaciones T de las escalas clínicas.

Para distinguir la elevación de las diferentes escalas se utilizan los siguientes símbolos:

- 90 en adelante, un asterisco (*)
- 80 - 89 dos símbolos prima (')
- 70 - 79 un símbolo prima (')
- 60 - 69 un guión (-)
- 50 - 59 una diagonal (/)
- 40 - 49 dos puntos (:)
- 30 - 39 signo de número (#)
- A la derecha de # quedarían las puntuaciones menores de 30.
- Las escalas de validez se anotan a la derecha de las escalas clínicas, utilizando los símbolos mencionados de acuerdo con las correspondien-

ESTA TESIS NO DEBE
- SALIR DE LA BIBLIOTECA

tes puntuaciones T.

- Se subrayan las escalas con valores semejantes con un punto de diferencias.

REGLAS PARA LA CLASIFICACION DE PERFILES EN GRADO DE PSICOPATOLOGIA EN
BASE AL MMPI.

Reglas para los casos en grado I.

- a) Cualquier escala con excepción de la Escala 5 esté localizada en T80 o por arriba.
- b) Que por lo menos 4 escalas clínicas con excepción de la escala 5 estén localizadas en T40 o por arriba.
- c) Que por lo menos 4 escalas clínicas sean inferiores o T30.

Reglas para los casos en grado II.

- a) Que por lo menos una de las escalas 2, 4, 6 u 8 esté por arriba de T70 y que en cualquiera otra escala clínica esté localizada por arriba de T65, exceptuando la escala 5.
- b) Que por lo menos una de las escalas 1, 2 ó 3 esté localizada en T70 y cualquier otra escala clínica sea superior a T65.
- c) Que se encuentren casos de las siguientes combinaciones: 72, 74, 76, 78, 90, 92 ó 94, con una de las escalas en T70 y la otra en T65.
- d) Que por lo menos algunas de las escalas clínicas esté por arriba de T79 y cualquier otra se inferior a T30 excediendo la escala 5.

- e) Que 3 escalas clínicas estén por arriba de T70 (aún cuando no constituyan una combinación significativa.

Reglas para los casos en grado III:

- a) Que por lo menos una de las escalas 2, 4, 6, 7 u 8 esté en T70 o por arriba sin llegar a T80 y cualquier otra escala esté en T60 o por arriba.
- b) Que por lo menos una de las escalas, 1, 3, 7, ó 9 esté en T40 o por abajo y la escala 6 ó la escala 4 se localicen también en T40 o por abajo.
- c) Que la escala 5 para hombres esté en T40 o por abajo y para mujeres en T70 o por arriba.
- d) Que tres de las escalas clínicas estén localizadas en T31 y T40.
- e) Que algunas de las escalas clínicas sea inferior a T30.
- f) Que dos de las escalas clínicas sean superiores a T70 aunque no constituyan un combinación significativa.

Reglas para los casos en grado IV:

- a) Que todas las escalas clínicas a excepción de la 5 estén localizadas entre T40 y T65.
- b) Que la escala 5 no siga el patrón establecido en la regla c) para el grado III.

INTERPRETACION:

Para la interpretación del eprfil se analizan las escalas por separado, y también tomando en cuenta las diferentes combinaciones, ya que ésta nos proporciona más datos sobre la personalidad del individuo. En la interpretación del Inventario se sugiere que se observe con cuidado la hoja de respuestas y se anote el número de respuestas omitidas, se cuente adecuada y cuidadosamente el número de respuestas que caen dentro de las plantillas, anotando las puntuaciones en bruto de las diferentes escalas con el mayor cuidado, convirtiendo esta puntuación en puntuación T, y que se tracen cuidadosamente los perfiles en la forma más exacta.

Debe evaluarse la configuración de las escalas de validez con la información que se tenga de la persona estudiada. Es decir, teniendo en consideración la ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, etc. ¿Comprendió la persona el material de la prueba de acuerdo con sus datos generales? ¿Contestó todas las proposiciones? ¿Trató de exagerar o de minimizar sus problemas? ¿Qué se puede esperar de la interpretación de las escalas de validez: ¿Qué se puede esperar de la interpretación de las escalas de validez: ¿Qué relación tienen éstas con las escalas clínicas en el caso estudiado?.

El paso siguiente consisten en interpretar la configuración de las escalas clíncias. Aunque la puntuación más elevada del perfil es el principal punto de referencia, debe buscarse si esa escala tiene relación con las demás. Comúnmente se toma como punto crucial la escala,

par de escalas, o serie de escalas más elevadas en el perfil. Este cuadro se obtiene de la clave encontrada ya sea con el método de Hathaway o con el de Welsh. Debe uno preguntarse qué relación existe entre la configuración de las escalas clínicas y la de las escalas de validez.

CONSIDERACIONES GENERALES

El MMPI debe ser tomado, dentro de la batería de pruebas psicológicas, como el instrumento autodescriptivo más valioso con que se cuenta. Esto se fundamenta en las características de la prueba, ya que, a través de 566 reactivos, un individuo se describe a sí mismo bajo control. Sus respuestas proporcionan, además, la posibilidad de ser comparadas con la media estadística y la σ (sigma) de su propio grupo.

Esto da lugar a que la prueba adquiera importantes características psicométricas que la hacen uno de los instrumentos más firmes, dentro de las técnicas que evalúan la personalidad. Por otra parte, la posibilidad del sujeto de describirse a sí mismo, permite que lo haga manifestando algunos elementos inconscientes que le dan al instrumento un importante tinte proyectivo. De esta forma, el MMPI se convierte en una técnica de incalculable valor, cuya interpretación se puede ajustar la utilización que el psicólogo quiera hacer de ella, en relación a las metas hacia las que se deben enfocar los resultados, desde aspectos totalmente cuantitativos, hasta algunos rasgos finos de la organización psicodinámica de la personalidad.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través del trabajo recopilado a lo largo de 3 meses de aplicación de exámenes psicométricos a la población de aspirantes a residencias médicas, se han podido observar similitudes entre los perfiles de

los sujetos que conforman un mismo grupo de solicitantes a una determinada especialidad: Cirugía, Pediatría, etc.

Esto lleva a cuestionarse, si en realidad existen rasgos de personalidad comunes entre dichos individuos, de tal forma, que surgirían las siguientes interrogantes:

¿El hecho de que a nivel grupal exista elevación y/o sumersión de ciertas escalas con cierta constancia, entre los distintos grupos de aspirantes, es significativo de la existencia de rasgos comunes de personalidad? ¿Es posible determinar esto a través de una prueba de personalidad autodescriptiva, como es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)?.

JUSTIFICACION

Escoger una especialidad médica es una decisión de gran trascendencia, tanto académicamente hablando, como desde el punto de vista de la vida personal del profesionista, ya que será la actividad a la que dedique gran parte de su vida.

Obviamente, esto corre en paralelo, con la importancia que tiene para una institución de salud el llevar a cabo una adecuada selección de los candidatos a cursos de especialización.

Por lo tanto resulta importante investigar, si existen características distintivas de personalidad, en aquellos sujetos que eligen una área médica específica, pues de los resultados que se obtengan, po

drían sentarse las bases, para que en trabajos a posteriori, pudiera elaborarse un perfil de personalidad lo más idóneo posible, que sirviera de parámetro para mejorar en un momento dado, el proceso de selección, con lo cual, se beneficiaría tanto a los aspirantes como a la institución y por supuesto a la población a la que estén dirigidos sus servicios.

OBJETIVOS

1) Determinar si existen rasgos de personalidad que sean comunes a un grupo que solicita ingresar a una determinada especialidad.

2) Revalorar, si a través de una prueba con una base estadística importante, como es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), se puede seleccionar adecuadamente a los aspirantes a residencias médicas.

3) Ampliar y enriquecer, el marco teórico del profesional en Psiquiatría, en lo que respecta a Teorías de la Personalidad, al apoyar la presente investigación en los conceptos de "Personología" de H. Murray autor perteneciente a la escuela psicológica, la cual es tronco común con dicha especialidad.

4) Valorar a través de la Teoría de Murray, la hipótesis de este trabajo.

HIPOTESIS

1) Hipótesis Nula

- Si existen rasgos de personalidad en común entre los individuos

que eligen una determinada área de desarrollo académico, entonces esto implica que así mismo comparten cierto tipo de necesidades, que explican éstos, y que de alguna manera, determinan la elección profesional.

2) Hipótesis Alternativa

- No existen rasgos de personalidad en común entre los sujetos aspirantes a una misma área profesional.

DISEÑO

Se trata de un estudio (de métodos) descriptivo transversal comparativo.

MATERIAL Y METODOS

Selección de la muestra

Se tomó al grupo total de solicitantes a residencias médicas de una determinada institución de salud (D.D.F.). El grupo total, constituido por 6 subgrupos, fue el siguiente: del grupo de Cirugía, 34 hombres y 7 mujeres, lo que hizo un total de 41, del grupo de Pediatría, 33 hombres y 20 mujeres (total 53). El resto de la muestra se constituyó por aspirantes a Medicina Legal (16 hombres y 2 mujeres) de un total de 18, Anestesiología (11 hombres y 1 mujer), Urgencias Médico Quirúrgicas (10 hombres) y Traumatología y Ortopedia (15 hombres y 1 mujer).

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Candidatos del sexo masculino y femenino, que tengan terminada la licenciatura de Médicos Cirujanos, o bien que se encuentren terminando de cursar los ciclos XI y XII de la misma, correspondientes al año de Servicio Social.
- 2) Que cumplan con todos los requerimientos establecidos por la institución, para ser aceptados como aspirantes.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que se encuentren cursando con algún estado de patología física y/o mental, que en un momento dado les impidiera la adecuada realización de la prueba.

VARIABLES:

a) Dependientes.

- 1) Especialidad(es): (Cx, Pd, T y O, U.M.Q., M.L., Ant).
- 2) Edad
- 3) Sexo: hombre, mujer

b) Independientes.

- 4) Escalas clínicas del MMPI:
 - Hs (1) Hipochondriasis

- D (2) Depresión
- Hi (3) Historia
- Dp (4) Desviación psicopática
- M/f (5) Masculinidad-Feminidad
- Pa (6) Paranoia
- Pf (7) Psicastenia
- Es (8) Esquizofrenia
- Ma (9) Hipomanía
- HI (10) Introversión/Extroversión

PROCEDIMIENTO

- 1) Aplicación del MMPI al total de la muestra.
- 2) ~~Calificación~~ Calificación de la prueba, obteniendo puntajes en bruto y valores T en cada uno de los eprfiles.
- 3) Agrupamiento de los candidatos por especialidad y sexo.
- 4) Vaciado de los valores de puntajes en bruto a sistema de computadora.
- 5) Codificación de cada uno de los eprfiles por medio de la clave de Welsh.
- 6) Obtención de los grados de Psicopatología del I al IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis Estadístico

- 1) El estadístico se hará en base a los siguientes métodos:
 - a) análisis de varianza
 - b) T de Student,
 - c) media y desviación standard,
 - d) X^2 (Chi cuadrada).

ANÁLISIS CUALITATIVO

2) Además del riguroso análisis estadístico, se realizó también un análisis cualitativo de los datos, en aquellos grupos que sean los más representativos cuantitativamente, que son los de Cirugía y Pediatría, ya que debido a la poca representatividad numérica del resto de los grupos, la aplicación de este análisis en éstos no sería significativa.

Dicho análisis consistió en agrupar a los sujetos por grados de psicopatología, y divididos por sexo, revisar cuáles son las escalas que se repiten y se asocian con mayor frecuencia en cada subgrupo, tanto las poco, como las más frecuentes, de esta manera tener un análisis complementario al estadístico, para el mejor cumplimiento de los objetivos, y que finalmente conlleve a la comprobación y disprobación de la hipótesis nula.

DESCRIPCION DE MATERIAL

Posteriormente se hizo la revisión, evaluación y agrupamiento de los minesotas aplicados por especialidad, lo cual se llevó alrededor de una semana. Una vez hecha la agrupación por sexos y especialidades, de una muestra total de 150 minesotas aplicados, se numeró cada una de las hojas de resultados de perfil, tanto en número por continuidad, como por grupo; es decir, del 1 al 150, y del 1 hasta el número que se llegará en el grupo correspondiente. Por ejemplo, en cirugía, del 1 al 41 Independientemente del número que tuviera por continuidad. Finalmente, el número total de sujetos incluidos en cada grupo, y por sexo quedaron de la siguiente manera:

ESPECIALIDADES:

| <u>Esp. Cirugía</u> | <u>Subtotales:</u> | <u>Totales Parciales:</u> | <u>CLAVES:</u> |
|---|--------------------|---------------------------|----------------|
| General: ----- | 34 hombres + | 7 mujeres = 41 | (1) |
| " Pediatría ----- | 33 hombres + | 20 mujeres = 53 | (2) |
| " Traumatología y Ortopedia ----- | 15 hombres + | 1 mujer = 16 | (3) |
| " Medicina Legal ----- | 16 hombres + | 2 mujeres = 18 | (3) |
| " Anestesiología ----- | 11 hombres + | 1 mujer = 12 | (3) |
| " Urgencias Médico Quirúrgicas ----- | 10 hombres + | 0 mujeres = 10 | (3) |
| | | Total: 150 | |

Las claves que se encuentran señaladas en la última columna, se refieren a las claves usadas en el procesamiento de datos en computadora, por eso es que (3), se repite en 4 de las especialidades, porque son las que se incluyen bajo el rubro de "otras"; (Ver cuadro en la última hoja).

Una vez agrupados los perfiles, se tomaron los puntajes en bruto (es decir, no traducidos a valores T), correspondientes a las 10 escalas clínicas, que son las siguientes:

| | | |
|----------|-------|---------------------------|
| 1 (Hs) | ----- | Hipocondriasis |
| 2 (D) | ----- | Depresión |
| 3 (Hi) | ----- | Histeria |
| 4 (Dp) | ----- | Desviación Psicoática |
| 5 (M/F) | ----- | Masculinidad/Feminidad |
| 6 (Pa) | ----- | Paranoia |
| 7 (Pt) | ----- | Psicastenia |
| 8 (Es) | ----- | Esquizofrenia |
| 9 (Ma) | ----- | Hipomanía |
| 10 (Iss) | ----- | Introversión/Extroversión |

Además del vaciado de éstos datos, se registraron también las variables de edad y sexo, en segundo, con la clave (1) para hombres, y la clave (2) para mujeres.

R E S U L T A D O S

ANALISIS ESTADISTICO

Y

ANALISIS CUALITATIVO

RESULTADOS DE ANALISIS ESTADISTICO

DISTRIBUCION POR SEXOS EN CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES
 χ^2 DE SEXO

| | <u>Masculino</u> | <u>Femenino</u> |
|-----------|------------------|-----------------|
| Cirugía | 34 | 7 |
| Pediatría | 33 | 20 |
| Otros | 52 | 4 |

Resultados: 15.99 con 2 grados de libertad. p de 0.3510

CUADRO 1

En este cuadro se presenta la distribución por sexo de cada uno de los grupos. Es evidente que existe una gran proporción en el grupo de Pediatría, alcanzando una significancia como se puede observar por el valor de la p; lo cual indica que no hay diferencias significativas en esta variable.

RESULTADOS DE ANALISIS ESTADISTICO

DISTRIBUCION POR SEXOS EN CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES
I² DE SEXO

| | <u>Masculino</u> | <u>Femenino</u> |
|-----------|------------------|-----------------|
| Cirugía | 34 | 7 |
| Pediatría | 33 | 20 |
| Otros | 52 | 4 |

Resultados: 15.99 con 2 grados de libertad. p de 0.3510

CUADRO 1

En este cuadro se presenta la distribución por sexo de cada uno de los grupos. Es evidente que existe una gran proporción en el grupo de Pediatría, alcanzando una significancia como se puede observar por el valor de la p; lo cual indica que no hay diferencias significativas en esta variable.

ANALISIS CUALITATIVO. RESULTADOS.

Pediatría: Hombres. Grado I. N = 1

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 813</u> |
|----------------|-------------------|--|
| 8 | 1 | Aparentemente se trata de un sujeto que tien de a usar la fantasía de una manera muy sig- nificativa, quizá haya ya, presentes confusio- nes entre fantasía y realidad, tendiendo a canalizar su angustia mediante el cuerpo de manera que puede ser enfermizo. |
| 1 | 1 | |

* Ver Apéndice A.

Pediatría: Hombres. Grado II. N = 1

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 283</u> |
|----------------|-------------------|--|
| 2 | 1 | Aparentemente se trata de una persona que puede ser poco productivo, puesto que tiende a autoculpase y por lo tanto a sentirse mal y llevarlo a tener cierto pesimismo, así mis- mo parece existir, el uso frecuente de la fantasía como una comparación, ya que existe una dependencia y necesidad de afecto que quizá no se ha logrado. |
| 8 | 1 | |
| 3 | 1 | |

* Ver Apéndice B.

Pediatría. Hombres Grado III. N = 9

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 532</u> |
|----------------|-------------------|--|
| 1 | 0 | Los integrantes de este grupo pueden tender a aparecer como juiciosos, filosóficos, con buen sentido común y adecuada fluidez verbal, lo que los lleva a tener una adecuada socializa- ción, mediante la cual pueden lograr satisfac- cer sus necesidades de afecto que al parecer son importantes, tienden a la vez a ser auto- críticos de sus actos y es de esperarse que superen sus fallas. |
| 2 | 4 | |
| 3 | 6 | |
| 4 | 2 | |
| 5 | 7 | |
| 6 | 1 | |
| 7 | 2 | |
| 8 | 1 | |
| 9 | 2 | |
| 0 | 1 | |

* Ver Apéndice C.

Pediatría. Hombres. Grado IV.

N = 27

Escalas FrecuenciaCombinación 2537

| | | |
|---|----|---|
| 1 | 1 | Los integrantes de este grupo pueden tender a ser autocríticos, sensibles y dependientes de los demás, así como prudentes en sus actos, tienden a pensar lo que van a hacer para no caer en el error ya que si lo hacen se sentirían mal. |
| 2 | 19 | |
| 3 | 8 | |
| 4 | 5 | |
| 5 | 13 | |
| 6 | 2 | |
| 7 | 8 | |
| 8 | 4 | |
| 9 | 6 | |
| 0 | 2 | |

* Ver Apéndice D.

Pediatría. Mujeres. Grado III.

N = 2

Escalas FrecuenciaCombinación 459

| | | |
|---|----|--|
| 4 | 11 | Puede tratarse de personas que tienden a autoafirmarse y hacer lo que consideren adecuado de una manera importante así como a considerar. Se trata de personas que tienen suficiente energía para trazarse planes y lograrlos, aún a costa de los demás, pueden actuar, en este caso más de acuerdo a sus ideales. |
| 5 | 11 | |
| 9 | 11 | |

* Ver Apéndice E.

Pediatría. Mujeres. Grado IV.Escalas FrecuenciaCombinación grupal 345

| | | |
|---|----|---|
| 1 | 2 | <u>Interpretación:</u> Habla de rasgos donde se puede tender a buscar la aceptación de los demás de una manera importante, tratando de hacerlo mediante su feminidad, así como del hecho de que se trata de personas que tienen suficiente autonomía y fuerza para lograr sus metas, sin perder su feminidad. Las integrantes de este grupo se pueden clasificar como sociales y dependientes de los demás, a la vez que tienden a ser consistentes en sus planes y consecución de los mismos, aún cuando desconsideren, en ocasiones, lo que la convencionalidad dicta, son muy autodirigidas. |
| 2 | 5 | |
| 3 | 11 | |
| 4 | 10 | |
| 5 | 9 | |
| 6 | 4 | |
| 7 | 1 | |
| 8 | 6 | |
| 9 | 4 | |

* Ver Apéndice F.

Cirugía: Hombres. Grado III. N = 12

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 2359</u> |
|----------------|-------------------|--|
| 1 | 2 | Aparentemente los integrantes de este grupo tienden a la inseguridad, al pesimismo y a la autocrítica, con dependencia de los demás y necesidad de afecto de manera significativa, situación que puede hacerlos aparecer externamente como muy tranquilos y apacibles. |
| 2 | 6 | |
| 3 | 6 | |
| 4 | 2 | |
| 5 | 6 | |
| 6 | 1 | |
| 7 | 0 | |
| 8 | 2 | |
| 9 | 6 | |
| 0 | 0 | |

* Ver Apéndice G.

Cirugía: Hombres. Grado IV. N = 22

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 235</u> |
|----------------|-------------------|---|
| 1 | 4 | Al parecer, los integrantes de este grupo son inseguros, con tendencia a la autocrítica y a la culpa por lo que pueden aparecer a lo externo como tranquilos y ecuanímenes. |
| 2 | 12 | |
| 3 | 12 | |
| 4 | 5 | |
| 5 | 8 | |
| 6 | 2 | |
| 7 | 6 | |
| 8 | 2 | |
| 9 | 4 | |
| 0 | 0 | |

* Ver Apéndice H.

Cirugía: Mujeres. Grado III. N = 3

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Combinación 92345680</u> |
|----------------|-------------------|---|
| 2 | 1 | Las integrantes de este grupo pueden tener energía pero mal canalizadas, de manera que pueden ser dispersas en sus metas, planes y consecución de los mismos. |
| 3 | 1 | |
| 4 | 1 | |
| 5 | 1 | |
| 6 | 1 | |
| 8 | 1 | |
| 9 | 2 | |
| 0 | 1 | |

* Ver Apéndice I.

Análisis Cualitativo. Resultados.

4

Cirugía: Mujeres. Grado IV. N = 3

| <u>Escalas</u> | <u>Frecuencia</u> | Combinación <u>3612459</u> |
|----------------|-------------------|--|
| 1 | 1 | Las integrantes de este grupo pueden tender a depender de los demás, mostrarse sociables y llamar la atención, sin embargo, pueden tener en el campo de relaciones interpersonales a sobreinterpretar los hechos, lo que puede generarles conflicto. |
| 2 | 1 | |
| 3 | 2 | |
| 4 | 1 | |
| 5 | 1 | |
| 6 | 2 | |
| 9 | 1 | |

ANALISIS CUALITATIVO. CONCLUSIONES.

Cualitativamente se encontró que existen en todos los casos necesidades llamadas secundarias por Murray, o psicógenas, lo cual habla de un mayor nivel de desarrollo.

Sin embargo en las comparaciones entre grupos se encontró que los hombres de los dos grupos y los dos grados representativos, responden más a necesidades que tienen que ver con lograr aprobación y apoyo mediante la aprobación de quienes les rodean, es decir están más enfocados hacia afuera mostrándose amables, juiciosos y sensibles, sin embargo todo habla de un pobre autoconcepto.

Por otro lado, las mujeres, en general (a excepción del grado 3 de Cirugía), por hallarse más orientadas por sí mismas, llegando en ocasiones a entrar en conflicto con su medio, todo control de autoafirmarse, es decir, que tendieron a aparecer como más agresivas y viriles en su relación con el medio.

CORRELACION DE CADA UNO DE LOS PERFILES DE GRUPO OBTENIDO CON LA TEORIA DE PERSONOLOGIA DE MURRAY

Pediatría: Hombres. Grado III. N = 9 Combinación 532.

Se caracterizan por ser pasivos, dependientes, sensibles, idealistas y sociables, situación que puede generarles el sentimiento de que los demás abusan de ellos, de ahí que puedan tener dificultades con figuras autoritarias, a más de un autoconcepto sensible, que los hace sentirse poco aceptables por su grupo de referencia, a más de existir temores de fracaso académ-

mico, todo lo cual los hace aparecer como modestos y emotivos pero tensos e insatisfechos.

De acuerdo con Murray serían sujetos que responderían a las necesidades de: afiliación, crianza y socorro, siendo satisfechas mediante la fusión de la afiliación y la crianza, con prepotencia sobre la necesidad de socorro. Serían satisfechas de forma abierta y difusa.

Pediatría: Hombres. Grado IV. n = 22 Combinación 2537.

Aparentemente los miembros de este grupo se caracterizan por tener sentimientos de inseguridad, que quizá los haga mostrarse indecisos al momento de tener que tomar decisiones rápidas, de ahí que eviten situaciones problemáticas en sus relaciones interpersonales. Se pueden caracterizar como personas pasivas y tolerantes, que buscan aceptación y cariño de sus grupos, sin embargo, pueden tener dificultad para expresar sus sentimientos. De acuerdo con Murray (ver Marco Teórico) serían personas que: responden a las necesidades de abatimiento, socorro, afiliación, evitar el daño, evitar sentirse menos, exhibición y crianza; éstas serían entonces necesidades secundarias lo cual habla de un mayor desarrollo, y probablemente sean satisfechas mediante la prepotencia dando mayor peso al aspecto de relaciones interpersonales, y seguramente tal satisfacción se caracterizará por ser difusa, es decir, que las necesidades se tratarán de satisfacer en todas las situaciones, sin olvidar lo recién mencionado, respecto a la prepotencia.

Pediatría: Mujeres. Grado III. N = 2 Combinación 459.

Aparentemente se trata de personas que pueden aparecer

como rebeldes ante obstáculos y ante figuras de autoridad, son ambiciosas, egocéntricas, toscas, atrevidas y dan la apariencia a lo externo de ser tranquilas y estables, sin embargo pueden ser agresivas cuando consideran que algo les obstruye sus planes, que pueden no estar bien claros y consistentes.

Responderían a las necesidades de: logro, agresión, autonomía y defensa, siendo quizá más importante las de autonomía y defensa que se fusionarían y serían prepotentes a las otras dos; es probable que se satisfagan focal y difusamente de manera abierta.

Pediatría: Mujeres. Grado IV. N = 18 Combinación 345.

Se caracterizan, probablemente, por ser irritables, con molestias físicas, amistosas, sin embargo, es probable que existan conflictos con la autoridad y aún cuando tienen energía para lograr metas, pueden tener dificultades con la elección de carrera, son ambiciosas, agresivas y atrevidas, aún cuando pueden dar la apariencia de tranquilidad y seguridad, tienen facilidad para relacionarse con quienes las rodean, pero, quizá no con los hombres.

Estas personas responderían a las necesidades de dominancia, exhibición, agresión, autonomía y logro, dando quizá mayor peso a las de dominancia, agresión y autonomía mediante fusión y en prepotencia sobre las demás. Su satisfacción podría ser abierta y focal, es decir, entre figuras de autoridad. De este modo las fuentes de presión serían las de: rival, competidor, contemporáneo, agresión y dominancia.

Cirugía: Hombres. Grado III N = 12 Combinación 2359.

Se caracterizan por ser modestos, sensibles, insatisfechos, tensos, preocupados, así como amistosos y emprendedores, pueden ser muy sociables y aparecer como juiciosos y ecuánimes, sin embargo, en ocasiones, pueden tender a ser rebeldes y enérgicos.

Este grupo respondería a las necesidades: socorro, afiliación, crianza y defensa, siendo fusionadas la de socorro, afiliación y crianza y satisfechas de manera difusa, cuando no se logra puede tomar el primer lugar la de defensa.

Cirugía: Hombres. Grado IV. N = 22 Combinación 235.

Al parecer se caracterizan por ser modestos, sensibles, insatisfechos, emotivos y tensos, se llahan preocupados por su situación académica y por la relación con el sexo opuesto, pueden ser muy sociables y emprendedores, pero respecto a esto último parece que no tienen la suficiente energía para lograr concluir lo que emprenden.

Responderían a las necesidades de: socorro, afiliación, exhibición y crianza, siendo fusionadas y satisfechas de manera difusa, en este caso las principales fuentes de tensión serían: falta o pérdida y peligro o infortunio.

Cirugía: Mujeres. Grado III. N = 3 Combinación 92345680

Aparentemente serían personas que tienen fuerte tendencia a preocuparse y sentirse menos, ante los demás, es muy probable que se preocupen por su situación académica y tengan dificultades para relacionarse de manera adecuada, y aún cuando tengan suficiente energía para trazarse metas es probable que no la tengan para lograrlas.

Responderían a las necesidades de: socorro y afiliación siendo fusionadas y satisfechas de manera difusa.

Cirugía: Mujeres. Grado IV. N = 3 Combinación: 3612459

Al parecer se trata de personas que pueden ser irritables, amistosas e inclinadas a la preocupación, sin embargo su socialización no parece ser adecuada, ya que son sensitivas, tensas y susceptibles.

Responderían a las necesidades de: afiliación, dominancia, exhibición y evitar sentirse menos, rechazo y defensa del Self, con mujeres que hablan de su madurez.

Siendo estas fusionadas y satisfechas de manera difusa, la fuente de tensión principal sería la familia.

DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos, no muestran diferencias significativas ni desde el análisis estadístico ni del cualitativo, lo cual, disprueba la hipótesis nula.

En cuanto al análisis estadístico era de esperarse que no existieran diferencias influidas por la edad (el grupo es homogéneo, y fluctúa entre la tercera y cuarta década de la vida). En cuanto al resultado obtenido en la Escala 8 (Es); en realidad la significancia de p es mínima, y en realidad no se puede traducir este hallazgo como clínicamente significativo. Lo que podemos concluir es que los aspirantes a Cirugía, se caracterizan por ser menos fantasiosos y por lo tanto más objetivos.

En cuanto al sexo, el que haya un número mayor de mujeres aspirantes a la especialidad de Pediatría, es explicable, por las características mismas de esta área médica.

El análisis cualitativo nos ayudó a tener una idea más clara acerca de los resultados grupales del MMPI. De acuerdo al grado de psicopatología era lógico que la gran mayoría se encontrarán dentro de los ran III y IV pues se trata de población aparentemente sana.

Del total del análisis cualitativo, el que haya habido diferencias en el grupo de mujeres, puede entenderse por la menor representatividad numérica de este sexo.

CONCLUSIONES GENERALES

En base al análisis cualitativo se puede concluir que en el grupo masculino de aspirantes a pediatría existe la constante de asociación de las escalas 2, 3, 5; lo cual indica tendencia a la autocrítica, así como sensibilidad y juicio. Por otro lado se asocian con rasgos de sociabilidad adecuada.

En el grupo de pediatría de mujeres la combinación más frecuente habla de rasgos de independencia y autoafirmación, con capacidad para lograr sus metas: 459.

Dentro del grupo de aspirantes a Cirugía se observó que en hombres la combinación más frecuente fue 235. Lo que habla de características de sensibilidad, tacto, juicio, y autocrítica y necesidades de socialización.

En el grupo femenino, las combinaciones fueron disímiles, resultando la 36 de manera que puede pensarse en rasgos de personalidad de necesidad de afecto y reconocimiento, pero con cierto temor al rechazo y tendencia a la suspicacia y miedo a relacionarse a niveles profundos.

En suma no existen diferencias importantes entre hombres de ambas especialidades, mientras que en las mujeres, sí se nota diferencia cualitativamente hablando (lo cual ya fue discutido). El análisis estadístico para fines prácticos coincide con el cualitativo, por lo tanto se concluye que la hipótesis nula que dice: "Existen rasgos de personalidad comunes entre los sujetos de un mismo grupo", se rechaza, mientras que se acepta la hipótesis alterna que dice: "que no existen rasgos comunes".

En resumen se concluye que no existieron diferencias significativas en los grupos, ni a nivel estadístico, ni a nivel cualitativo.

BIBLIOGRAFIA DE ANTECEDENTES

1. Pucheu R. Carlos y cols. Empleo del MMPI en un programa de prevención de las enfermedades mentales. Memorias del V Congreso Mundial de Psiquiatría. México. 1971.
2. Sánchez Nseto et al. Correlaciones entre preferencias vocacionales y rasgos neuróticos y psicopáticos en universitarios españoles. Revista de Psicología General y Aplicada. 1969. 24 (99-100). 734-740.
3. Rivero, Ofelia. Ampudio, Irma y cols. El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. Revista de Psiquiatría. Vol. 6 No. 2 mayo-agosto 1976. pp. 58-65.
4. Rivero, Ofelia. Monzón, Luis, Lucio, Emilia. Ampudio, Irma. Investigación sobre la interpretación automatizada del MMPI para estudiantes universitarios. Revista de Psiquiatría. Vol. 8 No. 2 mayo-agosto 1978.
5. Rivero, Oñelia. Monzón, Luis. Research of the statistical validity for the rules to detect psychopatology in university students using the MMPI. March 1979. Presentado en VII Simposio Anual del MMPI. La Joya, California.
6. Reyes L. Pablo S. El MMPI en la detección de psicopatología en casos de desorientación vocacional. UNAM. 1977. México, D. F.
7. Espejel AUo, E. Estudio de un Grupo de Artistas Mexicanos por Medio de la Utilización del MMPI. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, 1972.
8. Terrés Speziale, E., Zúñiga Vásquez, M. G. Estudio sobre la tendencia a la somatización con estudiantes de la generación 1971-1976 de la Facultad de Medicina utilizando el MMPI. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, 1976.
9. Ampudia Rueda, A., Stillmann Weiss, M., Villanueva Escudero, E. Tendencias a la Somatización en Estudiantes de Matemáticas. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, 1977.
10. Madariaga y Guttin, E. Estudio comparativo de los rasgos de personalidad de dos grupos diferentes: Area F.M. y D.S. de la escuela preparatoria No. 5, mediante el uso del MMPI. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, 1980.
11. Toledo Olascoaga, R., Varela, F. N. Estudio de las características de personalidad en una muestra representativa de la carrera de Psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM, 1981.

12. Rosenberg, M. Occupations and values. Glencos, Illinois: the Free Press, 1957.
13. Hovey, H. B. Positive characteristic of the MMPI elevation in the nursing group. Readin in psychologoy and medicine Minneapolis, Univ. of Minnesota, Press, 1970.
14. Stenberg, C. Personality trait patterns of college students majoring in different fields. Psychol, Mongr. No. 403-18 pág. 1955-69.
15. Volkow Nora D, de la Fuente Juan Ramón, Gómez-Mont Francisco y Cuevas F. Lucia: Rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. Nuevas posibilidades del MMPI. Rev. Invest. Clin. (Méx.) 34:31-38, 1982.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Blos, Peter: Psicoanálisis de la Adolescencia. México, Joaquín Mortiz, 1981.
2. Cueli, José y Reidl Lucy: Teorías de la Personalidad. México, Trillas, 1975.
3. Muuss, Rolf E.: Teorías de la Adolescencia, México, Paidós, 1984.
4. Terrazas, Lizzette: La Identidad y su Psicopatología, UNAM, Tesis profesional presentada en 1983.
5. Rivera Jiménez Ofelia. Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. Ed. Diana, 1ra. edición.
6. Núñez. Aplicación del MMPI a la Psicopatología. Ed. Manual Moderno.
7. J. Graham. Uso Práctico del MMPI. Ed. Manual Moderno.

Apéndice A:

Gpo. Pediatría

Grado I: Sexo Masculino

1 * 81''3 - 674'295: 0

Apéndice B:

Grupo Pediatría

Grado II: Sexo Masculino

1. '28341/57 - 60:9

Apéndice C:

Grupo Pediatría

Grado III: SEXO MASCULINO

CLAVE (WESLSCH)

- 1) -5/0328 479 : 16
- 2) -9'5/37: 24681 # 0
- 3) '5/36 2 789 : 140
- 4) - 5'37/48 12 09 : 6
- 5) '42 - 570/689 3 # 1
- 6) '28-709/53416
- 7) '3/254798: 106
- 8) '23/ 48 6 17 : 5 90
- 9) '25/98 36 70 : 41

Apéndice D: Grupo Pediatría.

Grado IV: Sexo Masculino.

1. - 8274*315/9:60
2. - 572483/169:0
3. - 352/64819:07
4. - 23/1578946#0
5. - 975/81346:20
6. - 205987:1364
7. - *7924/3158:60
8. - 1347912865:0
9. - 245/138907:6
10. - 2953748:160
11. - 24/7563081#9
12. - 736584129:0
13. - 95/268-47:130
14. - *2-7834/1560:9
15. - *9-45/28637:10
16. - *2-583467/1:90
17. - 12657489:13
18. - -82347/1569:0
19. - *9-3/452178:06
20. - *5-32/814976:0
21. - 23/81974560
22. - 5/203914:678

Apéndice E:

Grupo Pediatría

Grado III: SEXO FEMENINO

CLAVE (WELSCH)

1) /9 145 : 23 807 # 6

2) '5/49: 026738#1

Apéndice F:

Grado IV: SEXO FEMENINO

- 1) 14,7,8, 3,6,9 2 5 : 01
- 2) -3, '1,2,4/ 8,7, 5,6,0 : 9
- 3) /3 5 6 7 8 2 4 9: 0 1
- 4) -4/5 8 7 9 2 0 3 1: 6.
- 5) -4 3 5 2 7 8/6 1 0:9
- 6) -5·9/3:8 0 1 2 4 6 7
- 7) -6 4 3 8/5 1 7 0:9 2
- 8) -4/2 3 8 7 1 6 0: 59
- 9) -2/3 8 4 5 7 6 0: 1 9
- 10) -4/2 5 8 3 6 7 1 0: 9
- 11) -8'9 4 3 2 7/5 1 6 0
- 12) /6 2 3 5 14: 0 9 8 7
- 13) -5/3 4 9 6: 8 0 7 1 2
- 14) -5/8 4 6 2 0:3 7 9 1
- 15) -5/6 4 3 9 2 0: 7 8 1
- 16) -2/3 1 9 5 4 8 0 7: 6
- 17) -5/3 9:2 7 1 4 8 0 6
- 18) '9 8/2 3 4 5 6: 0 1 7

Apéndice G

Grupo: CirugiaGrado III: SEXO MASCULINO

- 1) -9/25 0 : 6 34 78 # 1
- 2) -3' 4 9 5 12 / 7 8 0 # 6
- 3) ' 2 - 3 14 0/ 6 5 7 8 # 9
- 4) -59/32: 67 0 18 # 4
- 5) '2 5 3 / 6 17 94 8 : 0
- 6) /45 23 : 1 78 9 0 # 6
- 7) -9' 36 / 7 4 58 : 2 2 0
- 8) '3/ 2 59 1 : 4 67 0 8
- 9) ' 9/3 57 248 1 : 60
- 10) '859/014 72: 36
- 11) ' 2 - 8/ 9 5 7 3 4 : 160
- 12) ' 5 2 / 1 9 48 36 7 : 0

Apéndice H

Grupo - CirugiaGrado IV: SEXO MASCULINO

- 1) '2 4 5 3/ 8 1 7 0 : 96
- 2) 9 3 - 6 4 5 28 7/1 0
- 3) ' 73/48 69 51: 0
- 4) - 2/8 31 7 50 : 4 6 9
- 5) - 4/50 26 98: 3 7 # 1
- 6) - 6 3/ 4 5 9: 1 27 8 0
- 7) ' 34 7/2 58 1 6 9: 0
- 8) ' 7 239 4 8 / 1 5 6: 0
- 9) - 25' 178 40/369
- 10) - 1 3 24 8' 7 6/590
- 11) -23' 1 4 78/ 9 56 0
- 12) '2 5 7/ 3 4 9 1 : 680
- 13) ' 2 3 /71468 50: 9
- 14) -2'7/84 30 6 5 1 9
- 15) /5 23 6 19 : 78 04
- 16) ' 5 7 3/ 1 8 6 9 4 : 20
- 17) / 1 3 25 60 : 9 4 8 7
- 18) ' 5 - 2/ 39 1 6 4 0 : 7 8
- 19) ' 9 - 5/ 24 17 6: 830
- 20) - 93/27 81 45: 6 # 0
- 21) '95 - 4/67 3: 28 # 0
- 22) -5/92 63: 1 78 0 4

Apéndice I: Grupo de Cirugía

Grado II: Sexo Femenino.

1. - 6/8902457:13
2. - '94/36785:120
3. - '5/20:8469713

Apéndice J: Grupo de Cirugía

Grado IV: Sexo Femenino.

1. - 43/68291750
2. - 13/247869:50
3. - 1569487:3012